

VOL. 5. Paris, Janvier 1885 N° 1.

L'ODONTOLOGIE.

TABLE DES MATIÈRES POUR JANVIER 1885.

A NOS LECTEURS

Depuis quatre ans ce journal a fait son œuvre, nous voulons la continuer, avec les forces accrues que l'initiative hardie de la génération actuelle a mises entre nos mains.

Bien restreint était le cadre où nous étions placés en Juin 1881, lors de la fondation de l'*Odontologie*. Nous avons été assez heureux pour pouvoir l'agrandir successivement ; nous voulons le faire encore, et l'année 1885 inaugurera une nouvelle phase de développement.

Par suite de sa diffusion, le journal plus que le livre est un instrument de progrès, et, nous voudrions augmenter sa puissance en mettant nos lecteurs en communion d'idées avec tous ceux qui travaillent dans le même champ qu'eux. Le progrès n'est plus œuvre nationale, mais œuvre universelle, et quiconque veut être à la hauteur des nécessités de son temps, doit se tenir au courant des efforts de ses pairs, quelque langue qu'ils parlent, quelque coin du monde qu'ils occupent.

Nous ajouterons donc à notre rédaction actuelle une Revue des Sociétés Odontologiques étrangères, une Revue des Journaux étrangers.

L'importance croissante de nos affaires françaises, la place étendue que nous demandent les intéressants procès-verbaux de la Société d'Odontologie, nous avaient souvent forcés de renvoyer au numéro suivant des articles que nous aurions voulu voir paraître avec leur intérêt d'actualité, nous augmentons notre format de 8 pages en le portant à 56.

Notre prix d'abonnement avait été établi pour une publication mensuelle d'un petit nombre de pages, nous demanderons à nos abonnés de participer pour une faible somme à ces nouveaux sacrifices et nous augmenterons le prix de l'abonnement de 8 à 10 fr. pour la France, et à 12 fr. pour l'Union postale.

Le Conseil de Direction.

LE CONSEIL MUNICIPAL ET L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS.

Nous apprenons à la dernière heure, que le Conseil Municipal a décidé dans sa séance du 30 Décembre, d'accorder une subvention à l'Ecole Dentaire de Paris.

Nous sommes heureux et fiers de cette décision qui implique la reconnaissance du but d'utilité publique que nous poursuivons.

Une Ecole qui compte 85 élèves dont nombre de provinciaux et d'étrangers, est une force intellectuelle de plus pour la grande cité et nous remercions nos édiles de l'avoir reconnu. Nous espérons que dans l'avenir, ils voudront de même nous aider à augmenter nos moyens d'action, et à faire que l'Ecole de Paris ait une installation matérielle qui réponde à son importance croissante.

SUR LA VALEUR DES OPÉRATIONS PLASTIQUES SUR LE PALAIS ET SUR LA DÉTERMINATION DE L'AGE AUQUEL IL CONVIENT DE LES PRATIQUER.

Malgré des travaux nombreux et importants, la question des opérations plastiques qui se pratiquent sur le palais, dans le but de remédier à des perforations, à des divisions congénitales ou acquises, était encore entourée d'obscurité.

Personne n'avait établi d'une façon précise les limites où

s'arrête la possibilité de l'intervention chirurgicale et où commence l'opportunité de la prothèse.

L'âge auquel il convient de pratiquer les opérations n'était nullement fixé.

Certains chirurgiens allaient jusqu'à contester l'utilité des opérations plastiques.

Il appartenait à l'un des représentants les plus autorisés de la chirurgie française, au nouveau vice-président de l'Académie de Médecine, à M. Ulysse Trélat, d'attacher son nom à la solution de ces diverses questions.

Dans une longue communication faite à l'Académie de Médecine (séances du 16 et du 23 Décembre dernier), le savant professeur posait, avec la précision et l'éloquence qui lui sont habituelles, les règles que nous considérons comme définitives et dont il ne sera plus permis désormais de s'écarter.

« Depuis longtemps, dit-il, les mécaniciens et les dentistes ont cherché à remédier par des appareils prothétiques aux inconvénients des divisions palatines. Bien qu'ils aient souvent abusé de la prothèse pour des cas où elle n'était nullement nécessaire, les fistules acquises par exemple, qui peuvent presque toujours être absolument guéries par les opérations plastiques, on ne saurait nier que la prothèse n'ait accompli, dans certaines circonstances, de véritables tours de force, et n'ait obtenu des résultats presque merveilleux. Cependant il était demeuré évident que l'usage favorable de ces appareils prothétiques dépend singulièrement de l'individu qui les porte, et en second lieu, qu'une longue et difficile éducation, irréalisable chez beaucoup de malades, est nécessaire pour arriver à cet usage. Néanmoins, dans les années qui suivirent 1860, les beaux résultats de la prothèse, comparés à ceux de l'autoplastie, avaient séduit beaucoup de chirurgiens, et l'un des plus éminents, Nélaton, n'hésitait pas à enseigner la supériorité de la prothèse sur les opérations plastiques. Aujourd'hui encore on trouve la forte empreinte de cet enseignement, et si la doctrine n'est plus si unanimement acceptée, l'hésitation existe dans beaucoup d'esprits, et nombre de médecins restent incertains sur la direction à donner aux enfants pour lesquels on leur demande conseil.

Certes, la prothèse peut rendre de signalés services, lorsque l'opération a échoué, lorsque la destruction des parties ne laisse plus de ressources opératoires, lorsque l'étendue de la division est telle que les matériaux de l'opération plastique n'existent pas, enfin lorsque le chirurgien se trouve en présence d'individus ou de familles tellement timorés, que toute opération sanglante est absolument repoussée.

Mais, si l'on veut bien remarquer que ces appareils prothétiques ne peuvent être convenablement portés que par des adultes ou au moins des jeunes gens très avancés ; que, quoi qu'on ait pu dire et faire, l'enfance ne les tolère pas ou n'en tire aucun bénéfice; que ces appareils ont besoin d'entretien, de réparations et même de modifications ; que leur usage nécessite la longue éducation dont nous avons parlé et, par conséquent, une ferme volonté de la part de l'éduqué ; que cet usage réclame encore l'absence de tout état morbide du gosier et des arrière-narines, on comprend comment et pourquoi, surtout en présence des progrès considérables de l'anoplastie, la supériorité de la prothèse ne s'est pas établie.

Et cela se comprend d'autant mieux, que bon nombre de malades préfèrent, sans nulle hésitation, une parole un peu irrégulière pourvu qu'elle soit claire et intelligible avec un organe naturel et toujours disponible, à une parole parfaite, chose fort rare, avec un organe artificiel. Ajoutons que cette préférence devient une nécessité absolue pour les malades pauvres, car les voiles du palais artificiels qui permettent de parler sont toujours des appareils délicats et couteux. (1)

En se basant sur des faits d'expérience directe, et sur l'étude des divisions palatines, M. Trélat formule ainsi les indications de la prothèse :

1° *Echecs opératoires irréparables ;*

2° *Divisions inopérables en raison de leur étendue ;*

3° *Refus de toute opération sanglante.*

En dehors de ces cas particuliers, il considère les opérations plastiques comme absolument supérieures.

---

(1) L'Ecole Dentaire de Paris se tient à la disposition des médecins et chirurgiens de l'Assistance publique, pour la construction gratuite de tous les appareils prothétiques utiles à leurs malades.

Et il conclut ce qui a trait à la prothèse par cette réflexion. « Je pense qu'ici comme pour beaucoup d'autres opérations chirurgicales, il faut chercher l'*indication vraie de chaque méthode*, bien plus que *la substitution d'une méthode à l'autre.* C'est pour obéir à ce principe général que j'indique nettement les cas où la prothèse est méthode de nécessité ou de choix. »

Nous avons tenu à reproduire textuellement la partie du travail de M. Trélat qui concerne la prothèse palatine, et nous attirons tout particulièrement l'attention sur les paragraphes cités en italiques.

Nos lecteurs s'inspireront de ces données et y trouveront la mesure exacte de leur intervention.

Les adversaires d'un enseignement spécial de l'Art dentaire ont souvent invoqué comme argument, l'empiètement du dentiste sur le domaine du médecin ; voilà, du moins, un point bien délimité dès à présent.

L'enseignement part de haut et l'Ecole Dentaire de Paris, qui tient à honneur de mériter l'estime des hommes qui lui ont donné leur appui moral, ne manquera pas d'en profiter.

Les propositions tracées par M. Trélat lui serviront de règle de conduite.

Après avoir formulé les indications de la prothèse, le savant professeur aborde la partie chirurgicale de son travail.

A quel âge doit-on pratiquer les opérations plastiques ?

Les divisions palatines et surtout les divisions labio-palatines sont par elles-mêmes fort graves. Les trois quarts des individus qui en sont atteints n'arrivent pas à la seconde enfance. A ces chances de mort probables, il est inutile d'en ajouter de certaines, et les chirurgiens doivent renoncer aux opérations pratiquées dans le cours de la première et même de la seconde année.

Dans le cours de la troisième année, l'enfant est encore très éducable quoiqu'il ait déjà parlé ; M. Trélat avait d'abord adopté cet âge comme répondant le mieux à toutes les indications. Mais l'expérience lui démontra que les guérisons sont moins communes dans le bas âge que plus tard, que les accidents y sont plus fréquents et que si l'opération réussit, on reste sans prise aucune sur eux pour l'éducation du langage.

D'autres faits, d'ordres divers, ont contribué à l'éclairer sous ce rapport ; ces faits peuvent se ranger sous trois chefs : 1° On peut parler intelligiblement avec un organe très défectueux ; 2° Si l'éducation antérieure à l'opération a été nulle ou très mauvaise, le résultat fonctionnel sera, provisoirement au moins, nul ou très mauvais ; 3° Si l'éducation antérieure a été bonne, si elle est suivie d'une éducation ultérieure attentive, on obtient d'excellents résultats définitifs.

La conclusion finale de tout cela, c'est qu'il y a des dangers et aucun avantage à opérer les malformations staphyliennes ou palatines congénitales avant *la septième année*, sans donner à ce chiffre un sens absolument rigoureux ; c'est que l'opération est d'autant mieux supportée et plus sûre, que l'âge est plus avancé ; c'est enfin que *l'éducation depuis la naissance jusqu'à l'opération et l'éducation après l'opération, assurent à celle-ci le succès de son véritable but, c'est-à-dire le rétablissement des fonctions du langage.*

M. Trélat attribue un rôle primordial à l'éducation. « On apprend, dit-il, à se servir d'un palais rétabli par la suture comme on apprend à se servir d'un palais artificiel. On joue d'un organe comme d'un instrument. On devient virtuose avec l'un comme avec l'autre ; *mais l'éducation organique est plus facile que l'éducation instrumentale.......*

« C'est pour n'avoir pas suivi les opérés assez longtemps, pour n'avoir pas analysé les circonstances de leur vie avec assez de pénétration que beaucoup de médecins et même de Chirurgiens sont restés dans le doute sur la valeur et l'utilité des opérations. »

Deux préceptes se dégagent de ce travail longtemps médité et le résument :

1° *Il ne faut pas faire d'opérations plastiques sur le palais avant l'âge de sept ans au minimum. Avant cet âge, elles son dangereuses, compromises ou inutiles ;*

2° *Il faut soumettre les futurs opérés à une éducation attentive depuis le moment où ils essayent leurs premiers mots jusqu'à l'opération et reprendre ensuite l'éducation post-opératoire. C'est le moyen assuré d'éviter les déceptions et de hâter le moment de la guérison fonctionnelle.*

Nous regrettons que la restriction du cadre de notre journal ne nous permette pas de suivre l'illustre maître dans le détail des observations et dans la discussion scrupuleuse des faits. A la lecture de ces pages attrayantes, la conviction s'impose.

Avant de terminer, M. Trélat appelle l'attention sur la nécessité d'opérer aussitôt que possible le bec-de-lièvre s'il existe, chose fréquente, en même temps que la division palatine. Personne n'ignore l'heureuse influence de cette opération sur le rapprochement des bords de la fente palatine, rapprochement qui peut aller jusqu'à la disparition plus ou moins complète. — Tandis qu'on attendra pour le palais, le bec-de-lièvre sera suivant sa gravité, opéré dans le premier mois ou dans les six premiers mois après la naissance.

Ajoutons encore quelques considérations dont nos lecteurs pourront faire leur profit :

« Certains malades sont sur la limite de la possibilité opératoire : ce sont ceux dont le bon alvéolaire est atteint par la division qui porte d'ailleurs sur la voûte et le voile ; ce sont des opérations passibles, mais aussi passibles d'échec.

Il ne faut pas opérer ceux chez lesquels les parties latérales de la division n'ont pas une largeur suffisante pour permettre d'y tailler des lambeaux convenables. La relation des mesures entre la largeur de l'écartement à combler et la largeur de chacune des parties latérales fournit des éléments précis de détermination. L'anoplastie échoue dans ces sortes de cas, pour lesquels on doit faire appel à la prothèse. »

Après avoir indiqué sommairement l'inocuité, la rapidité, l'efficacité des opérations plastiques, M. Trélat conclut en disant : « Tous les éléments de cette question, déjà vieille, ont été passés à un nouveau crible et fixés avec précision ; il ne me reste plus qu'à manifester l'espoir d'obtenir l'assentiment de ceux qui me liront, et de voir par conséquent les opérations plastiques sur le palais définitivement établies à la juste place qui leur convient. »

C'est aussi notre conclusion et nous sommes persuadés que tous ceux qui prendront connaissance du travail se rangeront à son avis.

Le Dr Rouge, de Lausanne, dans son traité de l'*uranoplastie et des divisions congénitales du palais*, (1) s'étonne de l'extrême rareté des uranoplasties pratiquées en France, il est certain que le travail de M. Trélat ne contribuera pas peu, à tirer du discrédit où elles étaient tombées, dans notre pays, les opérations plastiques pratiquées sur le palais.

Dr A. AUBEAU.

CLINIQUE DE L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

Démonstration de l'aurification par le procédé Herbst.

M. le Dr Levett, professeur de dentisterie opératoire, fit le 14 Décembre 1884, une démonstration de ce nouveau moyen d'aurification. Tout d'abord il déclara que le procédé ne lui était pas aussi habituel que l'aurification au maillet et que ses expériences n'étaient pas assez nombreuses, l'épreuve du temps assez longue, pour qu'il pût se prononcer définitivement. Pourtant, ayant pris connaissance du manuel opératoire, ayant pratiqué ce genre d'aurifications plusieurs fois et en ayant obtenu des résultats satisfaisants, il juge bon de montrer aux élèves et aux confrères comment il procède.

La dent à obturer étant une grosse molaire supérieure droite ayant une carie centrale du deuxième degré, placée sur la face triturante, on prépare sa cavité comme pour recevoir l'or mou. Ensuite séchée et maintenue à l'abri de l'humidité on place au fond des cylindres d'or non chauffés. Si la marque Wolrab lui a paru donner de meilleurs résultats que les autres formes d'or, son emploi n'est pas une condition absolue de succès. Ces cylindres placés debout sont foulés selon leur axe par le fouloir à main, puis la rotation des brunissoirs donne à la première couche une plus grande condensation, une adhésivité remarquable. D'autres cylindres sont placés et foulés de la même manière.

L'aurification fut édifiée rapidement et plusieurs des assistants s'assurèrent de sa résistance à la rugine.

---

(1) Paris, Adrien Delahaye, 23, place de l'Ecole-de-Médecine, 1871.

Le professeur résuma ainsi son opinion sur la méthode : 1° économie de temps ; 2° adhérence aux parois ; 3° facilité d'emploi. L'or ainsi foulé semble avoir quelques-unes des qualités de l'or mou et aussi en partie celles de l'or adhésif. Comme l'or mou il s'étale, comme l'or adhésif il se soude ; malgré cela il paraît faire des aurifications moins denses que ce dernier.

Pour les opérateurs qui combinent l'emploi des deux formes d'or dans la même cavité, l'emploi du procédé est un perfectionnement, car l'or recuit adhérera mieux sur l'or que les brunissoirs de Herbst auront touché, que sur l'or mou ordinaire.

(*Recueilli par* M. Barrié, *élève à l'Ecole Dentaire.*)

M. le Dr Stokes de Londres a fait le jeudi 1er janvier 1885 à la Clinique de l'École Dentaire, une démonstration de la pose de la digue par l'emploi de ses clamps. Les assistants ont admiré l'ingéniosité des perfectionnements apportées par M. Stokes à la construction des clamps et ont reconnu les services qui résultera de leur usage. Ces nouveaux modèles seront présentés à la Société d'Odontologie dans sa séance de janvier.

ABLATION DES PARTIES MOLLES ET OSSEUSES DU MENTON PAR UN COUP DE FEU.

—

PROTHÈSE DE LA BOUCHE

Mémoire lu en séance à l'Académie de Médecine
(Rapport favorable par M. MOREAU)

—

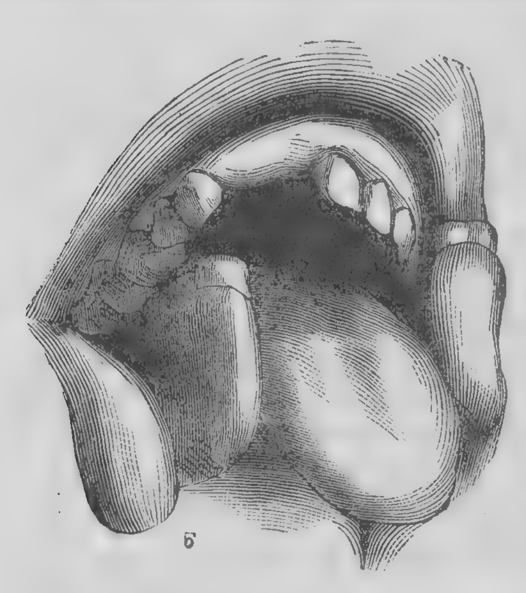
Par C. DELALAIN, Dentiste, Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris.

DEUXIÈME PARTIE.

Comment nous avons obtenu la possibilité de la mastication des aliments. — La mastication des aliments est, on le sait, une fonction assez complexe. En conservant la salive, notre appareil remplit déjà une des conditions voulues pour faciliter cet acte initial de la digestion, savoir : L'imbibition des aliments par le fluide salivaire. C'est pour cette raison qu'antérieure-

ment, comme on nous le conseillait, nous ne nous arrêtâmes pas à l'idée qui nous était communiquée de fabriquer un dentier inférieur artificiel.

Nous ne le pensions pas, car nous nous demandions quels mouvements on aurait pu en obtenir et surtout quels résultats on aurait acquis; car il est évident que nous ne pouvions



La cavité buccale laissant voir la perte de substance osseuse supportant les onze dents enlevées par le projectile.

La branche droite de ce qui reste du maxillaire inférieur se place en travers et les 3 dents vont blesser la voûte palatine au niveau du collet des dents qu'elles ne tarderaient pas à déchausser.

Tandis qu'à gauche l'autre branche va aussi des deux seules molaires se loger dans le sillon gingival en ulcérant par leur frottement les gencives de l'arcade dentaire supérieure et la muqueuse de la joue.

pas songer à fixer ce dentier inférieur aux molaires naturelles qui restaient implantées sur ces deux branches si mobiles, dans l'espoir que les muscles élévateurs qui agissaient encore communiqueraient un mouvement masticatoire à la pièce dentaire supérieure. Du reste, les molaires inférieures étaient dans un mauvais état, elles auraient été très promptement déchaussées par les trop nombreux anneaux métalliques dont on conseillait l'emploi; il fallait donc se borner à utiliser autant que possible les cinq dents restantes, savoir : trois à droite et deux à gauche. Malheureusement encore elles ne correspondaient plus avec les molaires de la mâchoire supérieure.

La portion de la branche droite du maxillaire inférieur se déviait dans son mouvement élévatoire en dedans; les dents

qu'elle supportait venaient battre contre l'angle interne des dents supérieures, glissaient jusqu'au collet de la gencive et ulcéraient en chevauchant par leur frottement la voûte palatine. Les deux molaires inférieures de la branche gauche, par suite de la déviation provoquée par la perte de substance osseuse parabolique, supportant les onze dents enlevées, par le projectile avaient subi comme la branche droite, une inclinaison aussi toute particulière, se plaçant en dehors de l'arcade entre la joue et les gencives du maxillaire supérieur gauche, de là une irritation et une douleur interdisant tout mouvement masticatoire.

(A suivre).

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société d'Odontologie de Paris.

PRÉSIDENCE DE M. POINSOT.

Séance du 23 Décembre 1884

MM. Aguilhon-de-Sarran et Fauton se font excuser de ne pouvoir faire leurs communications à cette séance.

M. LE PRÉSIDENT. - La parole est à M. Dubois sur la constriction permanente des mâchoires.

M. DUBOIS. — Messieurs, ayant eu l'occasion de traiter à la clinique de l'Ecole, un cas de constriction permanente des mâchoires, j'ai pensé qu'il pourrait être utile de vous présenter l'observation, ainsi que quelques considérations sur les causes, la marche, et le traitement d'une affection qui peut devenir redoutable, et que sans cette École, bien peu d'entre nous auraient pu observer.

L'articulation temporo-maxillaire contribue aux fonctions les plus essentielles de la vie, son immobilisation prolongée rend difficile la nutrition, la phonation, entrave la respiration, le ratentissement sur tout l'organisme en résulte. Il n'est pas d'arthrite, d'ankylose dont les conséquences soient aussi graves.

Ses causes sont multiples, elles peuvent pourtant se diviser en deux grandes catégories.

1° Les causes non dentaires ; 2° Les causes dentaires.

Parmi les premières, je mentionnerai l'arthrite primitive, l'ar-

thrite par propagation, l'otite moyenne, les traumatismes ; qu'ils aient causé des lésions des parties molles ou des os (dans certaines chutes sur le menton, on a vu le condyle s'enfoncer dans la cavité glenoïde et la perforer) ; les stomatites graves et surtout celles que certaines pyrexies produisent, les cicatrisations vicieuses qui en résultent, la nécrose phosphorée, les kystes et toutes les tumeurs des mâchoires ; la syphilis, la scrofule, donnent lieu à de l'ankylose partielle ou complète, les désordres de l'innervation retentissent aussi sur elle et la paralysie, l'hystérie peuvent la produire. On l'a même observé après la suppression des règles pour disparaître spontanément aussitôt leur réapparition. Enfin les causes congénitales, les conformations vicieuses doivent entrer en ligne de compte et on comprend qu'elles soient les plus graves de toutes.

C'est pour cette catégorie d'ankylose, que Schüllen a écrit son intéressante monographie, que MM. les Drs Petit et Thomas ont fait connaître aux lecteurs français. On ne peut reprocher à cet ouvrage qu'une lacune, dans sa partie étiologique il n'attribue pas aux dents l'importance qu'elles ont en réalité dans les faits.

Oui ! Certaines maladies générales, des traumatismes peuvent produire de la constriction permanente des mâchoires, les exemples abondent. Mais si une statistique générale était faite, on se convaincrait que les accidents d'évolution et les caries compliquées des dernières molaires sont les plus nombreuses causes de l'affection qui nous occupe. Elles ont été longtemps méconnues, comme la pathologie dentaire elle-même, et ce n'est que depuis ces dernières années qu'on a exploré un peu attentivement cette partie de la pathogénie. Dans ce genre de recherches je signalerai une excellente thèse de la faculté de Paris : *La constriction permanente des mâchoires et son traitement par le Dr Duchâteau* Il est vrai, que l'auteur avait eu la bonne fortune de puiser à une excellente source d'expérience et de savoir, notre directeur, M. le Dr David, l'avait guidé sur ce terrain trop peu exploré de la pathologie buccale.

Il est évident, que les dents qui peuvent donner lieu à l'ankylose sont les dernières molaires, et presque toujours la dent de sagesse.

Pour les maxillaires rétrécis des races civilisées, la 3me grosse molaire est devenue une source d'accidents, d'affections passagères ou persistantes qui feraient souhaiter son atrophie générale, à moins

que l'humanité ne revienne au souci de son développement musculaire et osseux, en reprenant les saines pratiques d'exercice corporel des civilisations antiques.

Vous le savez, les accidents de la dent de sagesse sont plutôt dus au maxillaire, à l'insuffisance de son développement, qu'à la dent elle-même. Avec une place moins restreinte, elle évoluerait normalement. La branche montante, la deuxième grosse molaire compriment son follicule et produisent ces altérations de nutrition, ces désordres de voisinage, la constriction est de ceux-là.

Non seulement sa formation, son éruption difficiles causent ces accidents, mais encore sa carie precoce. Combien de fois l'observons-nous avec un émail mal formé, décalcifiée, cariée de bonne heure ? Cela se comprend, quand aux défectuosités constitutionnelles s'ajoute la rétention des détritus, des produits pathologiques que la présence tardive de la gencive au-dessus de sa couronne produit.

On ne peut être étonné de la part de la dent de sagesse dans la pathogénie des affections buccales et faciales, quand on se retrace sa position. Son voisinage du nerf maxillaire inférieur, en contact parfois avec les racines et les muscles élévateurs de la mâchoire, l'articulation temporo-maxillaire, sont rapidement intéressés dans les inflammations quelque peu intenses dont elle est la source.

Je laisserai de côté, la constriction passagère de cause nerveuse, celle qui n'a pas produit d'altération du muscle pour ne parler que de la constriction permanente. D'après Duchâteau elle peut amener :

1° Une dégénérescence fibreuse.

2° Se compliquer de brides inter-maxillaires.

3° L'ankylose proprement dite, ou soudure des deux os en présence : le maxillaire inférieur, le temporal.

La constriction peut être complète, partielle, unilatérale, bilatérale. Si le buccinateur, le pterygoïdien interne, le temporal peuvent être atteints, le plus souvent, surtout quand les causes dentaires sont déterminantes, le masseter est le siège de prédilection de l'inflammation; ce sont là des données cliniques, car sur ce sujet, l'anatomie pathologique n'a pu être établie d'une manière certaine, les autopsies pour cette cause faisant défaut.

Les symptômes objectifs sont trop évidents pour que l'on se

méprenne sur la nature de l'affection, le diagnostic est plus difficile à préciser. Est-on en présence d'une constriction passagère ? ou permanente ?

Le début récent de l'affection, la dureté du masseter sont des présomptions de trismus. Son ancienneté, l'empâtement de la joue, feraient plutôt croire à la constriction permanente. Dans les cas embarrassants, on a conseillé d'avoir recours à l'anesthésie. C'est bien périlleux et le diagnostic différentiel peut s'établir sans cela. La cause est-elle, ou non dentaire? Si cette première hypothèse est admise, déterminer là ou les dents malades sont autant de problèmes que seule l'enquête minutieuse résoudra.

L'âge du malade, les faits connus de lui, sur l'éruption ou la non éruption de ses dents de sagesse, de ses autres dents, sur les accidents qui en ont résulté. Dans le cas ou l'éruption n'est pas en cause, les antécédents ou les phénomènes actuels, symptômes de la carie au troisième, au quatrième degré, pourraient permettre d'établir de graves présomptions, si on n'est pas en présence de lésions des joues, le miroir et la sonde pourront aider à confirmer les faits que l'interrogation du malade aura fournis.

Je ne parlerai que pour mémoire du traitement de l'ankylose de cause non dentaire, elle n'est pas de notre ressort. Les révulsifs, les antiphlogistiques, dans les constrictions d'origine récente, la dilatation instantanée, la dilatation progressive, l'électrisation, l'anesthésie, les grandes opérations chirurgicales ont, selon les cas, été essayées. Richet tenta la section du muscle, elle semble n'avoir pas donné de bons résultats, de même la résection d'une partie du maxillaire. Il appartient à Rizzoli, d'avoir indiqué et exécuté une opération plus rationnelle : la formation d'une pseudarthrose en avant de la partie de muscle atrophié. En disséquant l'os par la cavité buccale, on peut glisser une pince coupante vers l'angle du maxillaire, un coup le sectionne d'arrière en avant, puis des tampons de charpie empêchent la soudure des deux morceaux divisés. Cette opération hardie, difficile, s'exécute sans incision à l'extérieur. Esmarck modifia quelque peu le manuel opératoire, en enlevant une lame parallèle à l'os. Heath préfère faire cette résection en triangle, afin de rendre encore plus difficile la réunion des deux parties.

Heureusement les ankyloses d'origine dentaire sont plus simples à guérir, et l'extraction de la dent ramène rapidement la mobilité

de l'articulation. Cette extraction sera souvent laborieuse, difficile, mais, quoi qu'il en soit, elle ne peut entrer en balance avec l'une des opérations dont je parlais ci-dessus. Même dans les conditions les plus difficiles, la tenter est encore le meilleur parti à prendre.

Si la dilatation instantanée est possible, si on peut obtenir de suite un peu d'écartement, cela facilitera l'opération. Dans certains cas (celui de Toirac), la dilatation dut se faire en plusieurs jours. Des coins de bois, de caoutchouc, les ouvre-bouche spéciaux aideront à atteindre le but : avoir assez de place pour glisser un instrument d'extraction. Bien des modèles ont été imaginés pour écarter de force les deux arcades dentaires ; les uns ayant des palettes parallèles qu'une vis écarte, les autres formés d'un coin que la vis fait avancer, d'autres enfin agissant par la pression de la main sur les branches d'une pince.

La force à employer est relativement considérable et dans des mains peu exercées la fracture des dents, du maxillaire pourrait en résulter.

On a aussi conseillé dans les cas de constrictions rebelles aux moyens mécaniques l'anesthésie ; si dans le trismus, la résolution musculaire peut donner des succès; dans la constriction permanente, avec altération du tissu musculaire, elle sera inefficace et puis l'anesthésie devient alors particulièrement redoutable ; elle doit être poussée très loin, l'occlusion de la bouche ne permettra pas de combattre les accidents asphyxiques ; la langue ne pourra être tirée en dehors, les voies respiratoires facilement préservées de l'invasion du sang et du pus. On voit qu'il serait bon de refuser l'anesthésie dans ce cas, si la seule crainte de la douleur était la raison de son administration. Quant à l'extraction elle-même, le manuel opératoire relève de l'état de la dent et des parties environnantes. Comme nous le savons, la langue de carpe est le plus souvent l'instrument le mieux adapté à ce genre d'extractions.

Il serait facile de citer un grand nombre d'observations sur la constriction permanente des mâchoires. Je me bornerai à quelques-unes.

Une des premières et des plus intéressantes est due à Toirac.

Observation I. (*Toirac.*)

Le nommé Boulangé Joseph, corroyeur, me fut adressé le 18 Octobre 1825,

par M. le Docteur J. Cloquet. La joue droite était gonflée d'une manière extraordinaire. La tunéfaction s'étendait depuis les paupières qui étaient infiltrées jusqu'à la clavicule. La face et le cou étaient parsemés de nombreuses cicatrices résultant d'abcès qui s'étaient ouverts naturellement ou qu'on avait été obligé d'inciser.

Depuis plus de vingt mois, le malade ne pouvait ouvrir la bouche et ne se nourrissait que de bouillons et de légers potages, que l'absence d'une petite molaire supérieure du côté gauche permettait d'introduire par cette voie. Il portait en outre à trois pouces de l'angle de la mâchoire, une fistule par où s'écoulait une grande quantité de sanie purulente ; fistule dont les contours boursouflés étaient garnis de bourgeons charnus de mauvaise nature.

Plus bas, sur le cou il en existait une autre, un stylet introduit dans la première pénétrait obliquement d'avant en arrière à plus de trois pouces de profondeur, et se trouvait arrêté par un os qui était à nu et que j'ai supposé être la racine de la dent de sagesse.

La santé de Joseph Boulangé, depuis l'invasion de cette maladie, était manifestement altérée, il avait beaucoup maigri, la peau était terreuse, il se plaignait souvent de coliques atroces presque toujours suivies de déjections liquides et abondantes. Depuis quelque temps surtout les digestions étaient pénibles, ce que j'attribue au mélange des aliments aver le pus fétide dont la cavité buccale était continuellement remplie.

Tous les moyens avaient été mis en usage pour favoriser l'ouverture de la bouche et permettre l'extraction de la dent qui causait depuis si longtemps le désespoir du malade : émissions sanguines au moyen d'un nombre considérable de sangsues, cataplasmes émollients, résolutifs, vésicatoires, révulsifs, avaient été mis inutilement en usage.

L'idée me vint d'employer une force mécanique bien simple, puisqu'elle consista le premier jour, en un petit morceau de bois taillé en bec de flûte que le malade enfonça de plus en plus, lui-même, entre les arcades dentaires au fur et à mesure que la joue cède. Dès que la dilatation le permit, on fit succéder un bouchon de liège au petit morceau de bois. Dès qu'il y eût un écartement suffisant des mâchoires pour explorer l'intérieur de la bouche, il me fut possible d'extraire la dent de sagesse, laquelle était vascillante et baignée comme sa voisine dans un pus abondant, circonstances qui facilitèrent leur avulsion.

Quatre ou cinq jours après cette opération, il se présenta un séquestre que je reconnus appartenir à la base de l'apophise coronoïde sur lequel était moulé une petite portion de la partie supérieure de la dent, ce qui indique assez qu'elle s'était trouvée arrêtée par cet os dans son évolution. On pourrait donc dans ce cas, pour favoriser sa sortie en avant, faire de bonne heure le sacrifice de la deuxième grosse molaire. Huit jours après, il se présente une nouvelle portion nécrosée de l'arcade dentaire que j'enlevai assez facilement après de légères tractions. Depuis cette époque le gonflement a disparu peu à peu, et au bout de vingt jours il n'existait plus sur la joue réduite à son volume ordinaire, que les cicatrices dont j'ai parlé plus haut.

Observation II

Service de M. Verneuil, recueillie par M. Jalaguier, interne (1).

Homme de 30 ans, atteint de resserrement des mâchoires depuis deux ans, entré à l'hôpital de la Pitié le 22 Mai 1878. Le malade croit que ses dents de sagesse sont sorties il y a plusieurs années. La constriction a débuté subitement il y a deux ans ; puis sont apparues des douleurs, de la fièvre ; un abcès s'est ouvert, d'une part dans la bouche au voisinage de la troisième molaire inférieure gauche, de l'autre sur la peau immédiatement en arrière de l'angle de la mâchoire. L'écoulement de pus n'a duré que quelques jours, et les douleurs ont disparu.

A l'entrée du malade à l'hôpital, l'écartement des maxillaires au niveau des incisives n'est que de 5 à 6 millimètres. Le masseter n'offre pas de rigidité, mais M. Verneuil suppose une contracture des ptérygoïdiens ou du temporal. Les deux dents desagesse inférieures sont gâtées, la gauche est douloureuse.

Le 23 Mai, après avoir chloroformé le malade, on applique l'ouvre-bouche, et on obtient avec difficulté un écartement de 2 1/2 centimètres; la dent de sagesse inférieure gauche est extraite. Au réveil, l'écartement est assez faible, et cette difficulté est plus grande encore le lendemain.

Le malade quitte l'hôpital au bout de deux jours; huit jours après l'opération, l'écartement des mâchoires était faible.

Observation III. (*Legret.*)

Mademoiselle X..., 23 ans, tempérament lymphatico-sanguin, sans maladies générales antérieures.

Constriction des mâchoires existant depuis 14 mois et demi. Il y eut 6 poussées purulentes et les abcès furent ouverts à l'aide du bistouri, 4 furent intra-buccaux et deux siégèrent à la face vers l'angle de la mâchoire. Chaque abcès amenait, lorsque la suppuration s'établissait, une diminution de la constriction; cette accalmie durait de 10 à 15 jours.

A l'examen on constate une dent de sagesse resserrée entre la deuxième grosse molaire droite et la branche montante. Ouverture entre les incisives, 2 millimètres. La dent de sagesse fut extraite avec les plus grandes difficultés. Cette extraction donna issue à une grande abondance de pus. De larges irrigations faites avec une eau phéniquée, 5 pour mille, amena rapidement la cicatrisation. Aussitôt après l'extraction, il y eut détente musculaire et la malade put ouvrir la bouche; le soir même, la constriction était complète et ce ne fut qu'à l'aide du temps et de la dilatation progressive que le malade retrouva la liberté de son articulation. Ce résultat était obtenu le vingt-deuxième jour.

Observation personnelle,

(Recueillie par M. Bonnart, 6024 du livre de clinique).

Madame B... journalière, 32 ans, mariée, mère de deux enfants ayant 8 ans et 4 ans, demeurant á Neuville-sur-Seine, se présente à la clinique le 26

(1) In Heydenreich. Des accidents provoqués par l'éruption de la dent de sagesse.

Octobre 1884. A l'examen on constate une constriction partielle, unilatérale, permettant des mouvements de 3 millimètres environ entre les incisives, empâtement de la joue, la malade interrogée nous apprend qu'il y a quinze mois, elle eut une fluxion volumineuse, l'abcès alvéolaire ouvrit spontanément dans la bouche; depuis calme relatif. Bon état général, la malade n'a jamais eu de rhumatismes, les dents sont solides et bien formées, sans nombreuses caries, la molaire de sagesse fit éruption à 22 ans sans accidents.

L'inspection portée du côté malade, en écartant la joue avec le miroir, montre une dent de sagesse du côté gauche, cariée latéralement au bord labial et s'étendant au-dessous du collet. La malade fut tout d'abord soignée dans son pays par des cataplasmes de ciguë, des applications de teinture d'Iode.

La constriction ne s'amendant pas, des désordres du côté de l'estomac se produisant, elle vint à Paris afin de voir un chirurgien et alla à l'hôpital de la Pitié, service de M. Verneuil, les travaux les connaisaances de l'illustre professeur en matière d'affections chirurgicales, font que les causes dentaires ne peuvent passer inaperçues de lui; l'origine de l'ankylose fut rapidement établie à ses yeux et il daigna nous l'envoyer.

Nous étions donc en présence d'une constriction permanente unilatérale et partielle causée par une carie du 4me degré de la molaire de sagesse. Pour ce qui nous concernait, l'extraction était la seule opération tentable ; on essaya de la dilatation instantanée, en glissant des écarteurs en caoutchouc de plus en plus épais et on obtint un écartement maximum de 6 millimètres entre les incisives.

Puis la langue de carpe luxa la dent dès la première tentative, des manœuvres successives l'amenèrent en dehors.

M. Bonnart, élève de l'Ecole, suivit et nota attentivement les résultats du traitement. Le 27, on constate une ouverture spontanée égale à celle de la veille, pourtant des efforts nous font gagner ce jour là 2 millimètres. M. Bonnart fait un coin en bois et marque chaque jour les progrès. Le 29, douleur musculaire, jusqu'au 31 une amélioration graduelle se produit, malgré cela la bouche ne s'ouvre qu'a moitié.

Pommade ammoniacale afin d'exciter la région ; au bout de quelques jours elle est suspendue et jusqu'au 16 Novembre les mouvements ne deviennent pas plus faciles. Nous recommandons une gymnastique de l'articulation. La malade repart dans son pays à peu près guérie, quoiqu'il persistait encore une certaine raideur, un manque d'amplitude de l'articulation.

Une lettre reçue d'elle à la clinique nous apprend qu'à la date du 8 Décembre elle ouvre la bouche normalement et sans difficulté.

Je ferai remarquer que dans la constriction de nature reflexe et de cause dentaire, l'extraction de la dent rétablit presque immédiatement la mobilite de l'articulation. Dans ce cas comme dans celui de M. Verneuil, la disparition de la cause n'a pas supprimé d'emblée les effets secondaires. Quoique cela la guérison a été assurée quelques semaines après.

M. Poinsot. — Dans les causes de la constriction permanente des mâchoires, il me semble que M. Dubois n'a pas parlé des affections dont la deuxième grosse molaire est le point de départ.

M. Dubois. — Je l'ai mentionné et cela a passé inaperçu de M. le Président. Je pense que la dent de sagesse en est la cause la plus fréquente, pourtant elle n'est pas cause unique, et la molaire de douze ans peut la produire. Nous sommes du même avis.

M. Preterre. — Messieurs, je voudrais vous présenter un appareil porte-caustique que j'ai construit il y a 25 ans, sur l'indication de Nélaton pour l'ablation d'un polype naso-pharyngien, opération que ce chirurgien voulait faire sans effusion de sang.

Cet appareil se compose d'une plaque d'or estampée sur toute la surface palatine; une rainure en forme de fer à cheval fermé, large de un demi-centimètre et profonde de deux à trois millimètres, existe sous ce palais artificiel pour recevoir le caustique, telle que la pâte de Vienne, par exemple, destinée à mortifier les tissus où doit porter le bistouri. L'appareil est fixé au moyen de ligatures avec le fil de soie autour des dents.

M. Preterre montre aussi des chevilles de caoutchouc pour l'écartement et le redressement des dents. Ces chevilles sont des fils de caoutchouc ne formant qu'un cône très allongé et de différentes grosseurs ; ce caoutchouc est semblable à celui que nous trouvons dans les dépôts dentaires.

Il se sert des chevilles de caoutchouc depuis une vingtaine d'années et, pour éviter la perte d'un temps souvent précieux, soit à la préparation, soit à la pose de ces chevilles, il eut l'idée d'en faire préparer d'avance et fit faire celles qu'il présente ce soir.

Dans le même but, il s'est ingénié à confectionner une pince pour sectionner les chevilles de caoutchouc ou de bois.

Il y a deux ans que M. Preterre, après s'être servi d'une petite scie-couteau, a construit sa première pince coupe-cheville, mais elle n'était pas parfaite et, après plusieurs modifications successives, il arriva à confectionner l'instrument qu'il présente ce soir, qu'il croit tout à fait parfait et il espère qu'il est appelé à rendre de grands services.

Cette pince est construite sur le modèle des pinces à sectionner les dents ; les mors, très minces, dont le bord tranchant est en forme de croissant, ce qui lui permet de s'appliquer sur tout le pourtour de la cheville et, par conséquent, d'en éviter l'écrasement pendant la section, se croisent tout en restant en contact parfait. On peut faire une section aussi mince qu'il est nécessaire, l'usage de la lime est donc supprimé.

M. Meng fait remarquer à M. Préterre qu'il ne peut réclamer la priorité de l'emploi des chevilles de caoutchouc, parce que certains ouvrages, tel, par exemple, celui de M. Gaillard qui date de plusieurs années, traitent déjà ce sujet. Il regrette que M. Préterre n'ait pas cru devoir communiquer plus tôt son idée à ses confrères.

M. Préterre répond qu'à ce moment il n'existait pas de société professionnelle et il ajoute que sa communication a pour but unique de présenter des chevilles de caoutchouc toutes préparées et qu'il croit être le premier à s'en être servi.

M. Godon présente au nom de M. Cazeaux, de Dunkerque, le moulage d'une mâchoire supérieure présentant une anomalie de position de la canine droite et une anomalie de nombre par la présence de deux dents surnuméraires, situées de chaque côté de la ligne médiane et en arrière des incisives centrales.

M. Godon rappelle qu'avant la transformation de la Société un article du règlement instituait un prix annuel à décerner au dentiste qui, dans le courant de l'année, aurait fait les communications les plus intéressantes. Il fait remarquer que presque toutes les sociétés savantes ont institué des récompenses de ce genre et conclut en demandant, qu'à la fin de la séance, une commission soit nommée pour étudier la création de prix annuels.

M. Bioux présente un nerf dentaire qu'il a extirpé d'une seconde grosse molaire supérieure chez un sujet ayant environ 25 ans. Ce nerf présente une calcification complète du filet contenu dans les racines labiales qui sont réunies anormalement et dont le canal par suite est relativement large. On peut expliquer cette calcification curieuse par son étendue

et son siège en lui donnant pour cause une irritation lente et prolongée ayant déterminé une exagération des fonctions de la pulpe.

M. Bioux présente également une incisive latérale supérieure droite anormale. Cette anomalie suivant lui est constituée par la présence sur la face labiale d'une petite dent surnuméraire ; cette dent fait corps avec l'incisive, sauf l'extrémité de sa racine qui est légèrement séparée. Ces deux pièces sont déposées au Musée.

M. le Président. M. Dubois m'a chargé, au nom de ses collaborateurs et au sien, de présenter à la Société deux exemplaires de l'*Aide-Mémoire* qu'il a publié de concert avec MM. les Drs Aubeau et Thomas, nous ne pouvons que les remercier de la publication de cet utile petit livre et du don qu'ils font à la Bibliothèque de l'Ecole (*Applaudissements*).

M. Poinsot. — Messieurs, il m'a été donné d'observer parmi les malades venant me demander des soins pour certaines formes d'ostéo-périotiste, qu'il s'en trouvait un grand nombre qui durent être internés dans des maisons de santé ou dans des asiles d'aliénés.

Désirant connaître si je me trouvais en présence d'une loi ou d'une simple coïncidence, j'eus recours aux lumières savantes de M. le Docteur Bouchereau, médecin à l'asile Sainte-Anne, et immédiatement nous fîmes une inspection des bouches de la plupart des femmes de son service. Nous constatâmes l'état déplorable de la bouche de la plupart de ces infortunées.

A côté de l'ostéo-périostite, nous trouvâmes bon nombre de dents mortes sans altérations superficielles, puis une grande quantité de dents cariées, des bouches sales, tartreuses, enduites d'un mucus épais et puant, du pus dans bien des cas ; nous vîmes même des pulpes exposées, et enfin pour clore ce triste tableau, des dents à racines exostosées comprimant certains nerfs ou distendant le maxillaire lui-même.

Devant un tel état de choses, M. le Dr Bouchereau me proposa de me faire nommer dentiste de l'asile Sainte-Anne.

Tout en le remerciant de l'insigne honneur d'être nommé dentiste de ce grand établissement, je proposais que la de-

mande fût faite au nom de l'Ecole Dentaire de Paris, ce qui fut accepté et la demande fut envoyée au Conseil Général du département de la Seine et au Préfet.

Cependant, en attendant, il parut regrettable au chef du service de l'hospice Sainte-Anne d'attendre une décision qui pouvait se faire longtemps attendre, il me pria de vouloir bien commencer officieusement le service dentaire, en attendant que nous puissions le faire officiellement.

Inutile de vons dire, Messieurs, que le dimanche suivant nous commencions ledit service dentaire à l'asile Sainte-Anne.

Le travail à effectuer était grand, aussi plusieurs parmi vous, Messieurs, chefs de clinique, diplômés et étudiants, vous m'avez prêté votre précieux concours et les opérations, nettoyages et soins, peuvent être comptés par centaines. Enfin le bien réalisé par notre Ecole Dentaire a été grand et j'eus l'immense joie d'entendre de la bouche de M. le Dr Bouchereau, que les malades par nous opérés avaient été plus calmes et que leur état général s'était amélioré. Devant un tel résultat, devant l'espoir de pouvoir creuser certaines questions scientifiques, dans un champ spécial nous avons salué avec enthousiasme le rapport suivant du Conseil général du département de la Seine :

« Votre rapporteur, Messieurs, a été saisi par le médecin « en chef de l'un de nos asiles, d'une proposition très intéres- « sante du Conseil de Direction de l'Ecole et de l'Hôpital « Dentaires libres de Paris (cette proposition est signée par « M. le Dr Th. David, directeur de l'Ecole, MM. Lecaudey, « président du Conseil de Direction et Godon, secrétaire gé- « néral), qui demande à se charger, à titre gratuit, sous la « direction des médecins spéciaux de l'inspection et du trai- « tement des affections du système dentaire dans les hospices « d'aliénés du département de la Seine.

« Des professeurs de l'Ecole Dentaire de Paris ont constaté « notamment à l'hospice Sainte-Anne, que les individus « frappés d'aliénation mentale étaient atteints, dans une plus « grande proportion que les autres malades, des différentes « affections du système dentaire.

« Or, dans ces établissements d'aliénés, la multiplicité des « soins que réclament les malades, leur incapacité d'indiquer « la cause de leurs maux et l'absence de spécialiste, privent « ces malheureux des soins qui leur seraient nécessaires et « les livrent sans merci à des souffrances qui ne peuvent « qu'aggraver leur état.

« Pour obvier à cet inconvénient, il serait nécessaire pour « nos malades d'avoir des dentistes pouvant, par des inspec- « tions répétées et des soins appropriés, apporter quelque « soulagement à leur triste situation.

« Le Conseil de Direction de l'Ecole et de l'Hôpital Dentaires « de Paris a pensé que, par suite de l'organisation spéciale de « cet établissement, il lui était facile de se charger de ce « service.

« En effet, l'Ecole Dentaire de Paris est un établissement « philanthropique fondé en 1880, par l'initiative privée, grâce « au concours de la grande majorité des dentistes français, « soutenu par l'Association générale des dentistes de France, « et placé sous le patronage des membres les plus éminents « du corps médical ; elle a un personnel nombreux, offrant « toute garantie et qui se compose de trente-cinq professeurs, « chefs de clinique et démonstrateurs, de quatre-vingts di- « plômés et d'une moyenne de soixante à soixante-dix élèves « par an. Grâce à ce personnel nombreux et instruit, qui « depuis cinq ans a fait ses preuves, l'Ecole Dentaire a pu « soigner gratuitement plus de quinze mille malades, dont la « plupart furent envoyés par les médecins et chirurgiens des « hôpitaux de Paris. De plus, elle a organisé l'année dernière « un service dentaire gratuit pour l'orphelinat Coquerel, avenue « Philippe-Auguste. Cent enfants y sont maintenant visités « mensuellement par un délégué de l'Ecole Dentaire, qui leur « donne immédiatement les premiers soins et envoie à l'hôpital « dentaire ceux dont la bouche exige un traitement spécial. « Cette institution est à la disposition de tous les établisse- « ments charitables. Dernièrement, M. le Préfet de la Seine « vient d'accepter l'offre qu'elle avait faite de soigner gratui- « tement les enfants des écoles communales de Paris.

« Dans ces conditions, votre 3e Commission ne peut que

« remercier les auteurs de la proposition et inviter l'Admi-
« nistration à prendre, d'accord avec les médecins des asiles,
« les mesures nécessaires pour la prompte réalisation de cette
« excellente innovation. »

Hélas, Messieurs, toute médaille a son revers, on eut dit jadis lorsque nous faisions de grands, de douloureux efforts pour fusionner les deux groupes de la profession dentaire en France en un seul faisceau, que nous prévoyons alors ce qui nous arrive aujourd'hui.

Grâce à des influences coupables et intéressées, même après le rapport des plus flatteurs, dont vous venez d'entendre la lecture, notre demande a été rejetée, tant pis pour nous, tant pis pour les pauvres aliénés qui, plus que tout autres, ont besoin de nos soins, et voyez, Messieurs, combien est coupable une telle détermination, c'est que non seulement les aliénés ont des droits par rapport à leur état, mais que pour l'asile Sainte-Anne en particulier, les familles des internés paient, et ont ainsi un double droit à des soins spéciaux qu'on leur refuse.

M. le Dr Bourneville, à qui nous devons notre échec, a eu le grand tort de ne pas nous connaître mieux et d'ajouter créance aux dires calomnieux de nos dissidents. Nous n'avions en vue que des espérances aussi légitimes que désintéressées et que nous n'abandonnons pas, nous sommes décidés à lutter tant qu'il restera une lueur d'espoir, c'est pourquoi je vous invite, Messieurs, à réunir vos efforts aux nôtres afin que force reste au droit.

Nous pouvons, nous devons continuer la lutte, parce qu'elle n'est pas destinée à favoriser l'un d'entre nous ; mais bien plutôt à contribuer à la gloire de l'Ecole Dentaire de Paris.

M. Dubois. — Nous ne pouvons que remercier M. Poinsot de ses efforts, qui ne perd jamais de vue les intérêts de la science et des dentistes français. C'est une preuve de dévouement de plus (*Assentiment général*).

La Commission chargée de faire un rapport sur la proposition de M. Godon, se compose de MM. Godon, Bioux et Legret.

La séance est levée à onze heures et demie.

Le Secrétaire des séances,

L. BIOUX.

Académie des Sciences.

LA COCAÏNE. — M. VULPIAN communique le résultat des expériences faites par M. Grasset (de Montpellier) avec le chlorhydrate de cocaïne sur lui-même et sur quelques personnes de son entourage. Employé en frictions, le chlorhydrate de cocaïne ne détermine aucune anesthésie; mais, en injection sous-cutanée, il rend la peau absolument insensible dans la région qui est en rapport direct avec l'injection. Ainsi, 1 centimètre cube de cocaïne au centième anesthésie une portion de peau de 3 centimètres de diamètre environ. L'insensibilité reste limitée à cette région, et dure vingt minutes.

Académie de Médecine.

Dans les opérations que M. Panas a pratiquées avec l'aide de cet agent anesthésique, il s'est servi du chlorhydrate de cocaïne en solution dans l'eau (0,5 de ce sel par gramme d'eau distillée).

Lorsqu'on instille une ou plusieurs gouttes de ce collyre dans un œil qui n'est pas le siège d'inflammation, le malade, à part la sensation désagréable du contact de la première goutte, n'accuse aucune douleur et pas la moindre cuisson. Certains malades seulement se plaignent plus tard d'une sensation de plénitude.

L'œil, loin de rougir, tend à pâlir légèrement, mais le plus souvent il ne change pas de couleur, malgré une action vaso-constrictive que possède la cocaïne, au dire de Koller.

Au bout de cinq minutes environ, l'insensibilité de la cornée et de la conjonctive, tant bulbaire que palpébrale, commence à se faire sentir.

Si on répète les instillations de cinq en cinq minutes, l'action de la cocaïne au bout d'un quart d'heure à vingt minutes gagne par imbibition l'iris dont le sphincter se paralyse à son tour.

La mydriase en question, plus prononcée chez les personnes jeunes et en dehors des états glaucomateux, n'atteint jamais les degrés de celle de l'atrophie et disparaît généralement dans les vingt-quatre heures. Elle s'accompagne d'une légère parésie du muscle accommodateur.

Il en résulte que la cocaïne devra être placée parmi les substances légèrement mydriatiques, dont l'action *fugace* pourra être utilisée pour l'exploration ophthalmoscopique du fond de l'œil, au même titre que ceux de l'homatropine.

L'anesthésie de la cornée et de la conjonctive est en raison de la concentration de la solution (au moins jusqu'à 10 p. 100) et du nombre des instillations. Généralement au bout d'une demi-heure, l'insensibilité de l'œil est complète au point que la pose de l'écarteur et la fixation du globe de l'œil à l'aide de la pince à dents ne provoquera plus la moindre douleur. On peut promener le doigt sur la cornée sans que le malade réagisse en aucune façon.

De toutes les opérations qui se pratiquent sur l'œil, celle de la cataracte est appliquée à bénéficier au premier chef de l'emploi du nouvel agent anesthésique. M. Panas l'a employé un nombre suffisant de fois déjà pour pouvoir formuler son opinion comme il suit :

Les deux temps les plus pénibles de l'opération, à savoir l'ouverture des paupières par l'écarteur et la fixation du globe par la pince fixatrice, se passent à l'insu des malades. La section de la cornée est elle-même indolente ou pour le moins si peu douloureuse qu'aucun de ses malades ne s'est plaint.

Par contre, l'iris conserve toujours plus ou moins sa sensibilité propre. et les opérés accusent une sensation ou même de la douleur, lorsque l'aiguille à discision frôle la membrane. A plus forte raison si l'on vient à piquer l'iris et à le saisir avec des pinces pour exciser ; les malades poussent le plus souvent un léger cri. Toujours est-il que ce temps d'opération, le plus douloureux de tous, comme on le sait, l'est bien moins que si l'on n'avait pas fait usage de la cocaïne. Plusieurs des opérés de M. Panas lui ont déclaré qu'ils ne le comparaient qu'à une petite piqûre d'aiguille.

L'extraction des restes du cristallin et la toilette de l'œil se font, grâce à l'anesthésie, avec une entière sécurité et une très grande précision.

M. Panas a encore employé les installations de cocaïne dans l'*iridectomie* et l'*iridotomie* qui ne se font pas sans douleur, à moins de prolonger les instillations pendant une demi-heure au moins ; dans la *strabotomie*, où la douleur de la section des muscles est notablement atténuée.

Lorsque l'œil est enflammé, il se montre plus ou moins réfractaire à l'action anesthésiante de la cocaïne qui, par contre, agit d'une manière merveilleuse sur l'œil normal. Une simple congestion, comme celle qui accompagne la présence d'un corps étranger sur la cornée, ne s'oppose nullement à l'action de la cocaïne.

M. Dujardin-Beaumetz peut prouver que l'action anesthésiante locale de la cocaïne ne se borne pas à l'œil, elle agit également sur les muqueuses. Il ajoute que la cocaïne telle qu'elle est fabriquée en France, possède, contrairement à ce qui a été dit et écrit, des propriétés identiques à celles de la cocaïne préparée en Allemagne. M. Dujardin-Beaumetz déclare, en outre, qu'on a pu substituer avec avantage la cocaïne à la morphine en injections sous-cutanées chez des morphiomanes.

M. Constantin Paul appelle l'attention sur les résultats de l'emploi des instillations de cocaïne, au point de vue de l'examen ophthalmoscopique ; ces instillations produisent une mydriase qui dure quelques minutes seulement et qui, par conséquent, est infiniment préférable à celle produite par l'atropine qui persiste pendant deux ou trois jours.

M. Panas répond qu'il a traité tous ces points dans son travail, tant ce qui concerne l'action anesthésiante de la cocaïne sur les muqueuses que l'action mydriatique passagère de la cocaïne substituée à celle de l'atropine.

GALVANOCAUTÈRE A ACCUMULATEURS

par le Docteur Jules Chéron.

(Présenté à l'Académie de médecine par M. Léon Labbé, le 18 novembre 1884).

Les progrès de la galvanocaustie thermique ont été enrayés depuis quelques années par la création du thermocautère Paquelin, application ingénieuse de l'élévation de température produite sur la mousse de platine par les vapeurs combustibles. La commodité de cet instrument, son faible poids et son peu de volume, ont séduit, à juste titre, les chirurgiens et les médecins. Mais le galvanocautère n'en conserve pas moins des avantages incontestables : avec lui seul, on peut placer le cautère à froid et le porter au rouge, une fois en place ; l'exiguïté des cautères galvaniques peut être poussée très loin, et les effets du rayonnement sont réduits au minimum ; le cautère galvanique peut prendre la forme d'une anse simple ou double, et lui seul a de semblables propriétés.

Pour pratiquer des opérations sur l'utérus, telles que l'ignipuncture, l'amputation du col, etc., l'emploi du galvanocautère est incomparable. Il y a donc lieu de ne pas abandonner un moyen si précieux.

La modification apportée à la pile secondaire de Planté par M. Faure, créateur des accumulateurs en profondeur ou à oxydes, en ouvrant une ère nouvelle aux applications industrielles de l'électricité, permet aujourd'hui de rendre à la galvanocaustie thermique la place qui lui est due. L'accumulateur Faure a subi des perfectionnements successifs, qui ont eu pour résultat une capacité plus grande dans la puissance d'emmagasinement et une réduction de poids et de volume.

Un ingénieur fort distingué, M. Paul Gadot, a construit les accumulateurs qui représentent la partie active du nouveau galvanocautère; une légère modification a permis de les rendre étanches, condition essentielle d'un appareil médical de ce genre.

M. Ch. Dubois, constructeur d'instruments de chirurgie, a déposé ces accumulateurs dans une boîte avec les différents cautères. Il est facile de les en sortir, soit pour les employer, soit pour les recharger.

L'intensité du courant fourni par chacun des accumulateurs est de 20 ampères; la force électro-motrice est de 2 volt 1/4 pour chacun d'eux. Les cordons conducteurs, réunis dans une gaine de caoutchouc, ne sont ni lourds ni embarrassants comme les anciens cordons des piles à galvanocaustie.

La durée de la décharge des accumulateurs est inversement proportionnelle à la quantité d'électricité absorbée par le cautère employé. Les cautères ordinaires (flèche, couteau, anse galvanique) absorbent une quantité d'énergie électrique égale à 25 à 28 ampères-heure; l'accumulateur, dont la puissance n'est que de 20 ampères-heure, épuisera donc son approvisionnement en 40 à 45 minutes. Sauf des cas assez rares, il n'est pas d'opération dans laquelle l'emploi du courant galvanothermique ait une durée *effective* aussi longue.

Pour l'éclairage médical, une lampe à incandescence de deux bougies n'ayant besoin pour fonctionner que d'une énergie s'élevant à peine à 1 ampère-heure, la durée de la provision électrique sera de 10 à 20 heures, selon qu'on emploiera 1 ou 2 accumulateurs.

La température chirurgicale par excellence étant celle du rouge sombre, on doit s'attacher à maintenir les cautères à ce degré. Cette condition s'obtient à l'aide d'une roue analogue à la roue de Masson, intercalée dans dans le circuit. Elle est fixée dans la boîte, et sa rotation plus ou moins rapide modérant plus ou moins l'écoulement du courant, on maintient de la sorte les cautères à la température voulue.

Quand les accumulateurs ont épuisé leur provision, la recharge peut se faire dans le cabinet du praticien, à l'aide de trois ou quatre éléments de pile électro-motrice un peu supérieure à celle des accumulateurs et d'un débit moyen de 12 ampères-heure par kilogramme de plaque.

En résumé, le galvano-cautère à accumulateurs, tout en conservant les propriétés la pile à galvanocaustie thermique, fait disparaître ses plus graves inconvénients. Il n'est pas douteux que l'avenir de ce remarquable moyen chirurgical réside tout entier dans l'utilisation bien comprise des accumulateurs.

LES ANTISEPTIQUES.

MM. Gosselin et Laborde ont fait des expériences comparatives sur les antiseptiques et ont remarqué une action complexe non seulement germicide, mais encore coagulante du sang. Les expériences faites sur des grenouilles à cause de la facilité d'observation de leur système vasculaire ont donné des résultats intéressants. Nous reproduirons ci-dessous l'ordre que les expérimentateurs assigne aux divers agents antiseptiques.

Nous ferons remarquer que pour notre médication spéciale le genre *germicide* est mieux indiqué que les coagulants des deux genres qui suivent.

Les pansements et irrigations dans les mains du dentiste n'étant que peu en contact avec les tissus vasculaires nous n'avons pas à agir dans ce sens.

1° *Action germicide.* — 1 Biiodure de mercure. — 2. Deutochlorure de mercure. — 3. Eau oxygénée. — 4. Iodoforme. — 5. Sulfate de cuivre. 6. Chlorure de zinc à 4 pour 100. — 7. Acide borique. — 8. Acide phénique à 4 pour 100. — 9. Alcool ordinaire.

2° *Coagulation extra-vasculaire.* — 1. Sulfate de cuivre. — 2. Acide phénique au 1/20e. — 3. Alcool à 86°. — 4. Chlorure de zinc à 5 et 10 pour 100. — 5. Iodoforme (solution éthérée). — 6. Acide phénique au 1/40e. — 7. Deutochlorure de mercure (liqueur de Van Swieten). — 8. Acide borique au 1/20e ; eau oxygénée (o).

3° *Coagulation intra-vasculaire.* — 1. Alcool à 86° ; acide phénique au 1/20e. — 2. Eau-de-vie camphrée ; acide phénique au 1/40e ; iodoforme (éther iodoformé) ; teinture d'iode ; alcool salicylé. — 3, Biiodure de mercure ; liqueur de Van Swieten. — o. Sulfate de cuivre ; chlorure de zinc ; acide borique ; eau oxygénée.

SOCIÉTÉS SAVANTES ÉTRANGÈRES

Société Odontologique de la Grande Bretagne.

Séance ordinaire mensuelle du 7 Avril 1884.

J. Smith TURNER, M. R. C. S. et L. D. S. Eug., président.

Le procès-verbal de la séance précédente ayant été lu et approuvé,

M. Weiss annonça qu'une copie d'un petit ouvrage, intitulé « Vulcanite et Celluloïd » par S. T. Gilbert, D. D. S., publié par le S. S. White Company of Philadelphia, avait été envoyé comme don à la Bibliothèque.

M. S. J. Hutchinson annonce que plusieurs objets de valeur avaient été récemment ajoutés au Musée par la libéralité de M. Georges Parruison. L'un de ces objets

consistait en une très belle défense du Narval, parfaitement conservée ; jusque-là le Musée n'en avait possédé qu'un spécimen très endommagé. Les autres dons étaient : la mâchoire supérieure et le crâne d'un Morse, la mâchoire inférieure d'un ours, et la moitié de la mâchoire inférieure d'un hippopotame.

Il avait aussi reçu de M. Henry Sewill une dent de sagesse extrêmement grande, et deux autres extraordinairement petites, toutes les trois provenant des bouches féminines.

M. le Président dit que plusieurs communications, aux sujets divers, avaient été inscrites sur l'agenda, mais comme un article très important devait être lu ce soir là, et pour la discussion duquel il faudrait beaucoup de temps, il s'était arrangé avec ces messieurs, afin de retarder leurs communications jusqu'à une autre séance. Il y avait cependant un membre qui ne venait pas souvent à la Société, et qui pourrait se trouver dans l'impossibilité de les honorer une autre fois de sa présence ; il priait donc M. le docteur Belisario, de Sydney, de vouloir bien lire sa communication.

Le Dr Belisario dit qu'il remerciait beaucoup le président de l'occasion qui lui était donné, de faire connaître à la Société les détails d'un cas très intéressant, et pour lequel on lui avait demandé ses soins, l'année dernière, à Sydney. Le cas consistait en une dislocation partielle des deux incisives centrales et de l'incisive gauche latérale, avec fracture transversale de la droite latérale, qui était cassée de part en part, et autant qu'il en avait pu juger, vers le milieu de la dent ; le fait le plus saillant de ce cas était que les parties brisées s'unirent parfaitement.

M. C..., âgé de vingt-sept ans, retournait chez lui tard le soir ; il conduisait une petite voiture et marchait assez rapidement lorsque son cheval fit un faux pas et tomba. M. C .. fut lancé violemment hors de la voiture et se frappa la figure contre le tronc d'un arbre, se déchirant la main dans l'effort qu'il faisait pour amortir la chute. Il rentra à la maison avec beaucoup de difficulté, bouleversé et meurtri comme il était, et envoya aussitôt chercher son médecin, qui lui conseilla de voir le Dr Belisario dès que le matin serait venu. Le Doc-

teur B..., cependant ne pouvait pas arriver avant midi (le 3 Mai 1883). Il trouva le malade en proie à de grandes souffrances, la figure et les lèvres très gonflées, et les gencives fortement congestionnées. Après avoir examiné la bouche, ce qui n'était pas chose facile, vu l'affreuse douleur occasionnée par le plus léger attouchement, il trouva les deux incisives centrales et la gauche latérale déplacées et très ébranlées ; une décharge de pus procédait des alvéoles. L'incisive droite latérale se trouvait fracturée transversalement, le crépitus pouvait être distinctement aperçu, et le moindre attouchement causait des douleurs atroces, probablement en conséquence de la partie fracturée lorsqu'on la remuait, frappant contre le nerf.

M. Belisario pense qu'il vaudrait bien la peine d'essayer s'il y avait possibilité de souder ces parties brisées, quoique sachant bien qu'un pareil résultat est extrêmement rare. Le traitement qu'il employa fut très simple : il replaça les incisives à moitié arrachées dans leur position normale, fit un bâillon de gutta-percha pour couvrir deux molaires inférieures, l'appliqua et fit un moulage de la mâchoire inférieure. Il ordonna qu'une forte décoction de pavots fût constamment tenue dans la bouche, aussi chaude qu'on pouvait la supporter ; et il défendit au malade de prendre aucune nourriture solide.

A sa visite du lendemain, il trouva le gonflement légèrement réduit et le malade souffrant moins. Il appliqua une plaque en or qu'il avait apprêtée pour couvrir les deux molaires gauches inférieures ; la deuxième bicuspide manquant, la première bicuspide avec la première molaire étaient utilisées comme points d'appui. Le bâillon qui avait été confectionné de façon à empêcher les deux mâchoires de se rapprocher de trop près, fut ajusté sans difficulté et ne produisit pas plus d'inconvénient qu'on aurait pu s'y attendre. Le 5 Mai l'enflure diminuait et il y avait moins de suintement de pus ; les incisives se maintenaient en position, mais il y avait la même douleur intense en touchant la dent brisée. Le 8 Mai, l'enflure et l'inflammation décroissaient rapidement et il y avait à peine quelque décharge (de pus) des gencives. Les fomentations aux pavots furent discontinuées, et le malade ordonné de se

laver la bouche plusieurs fois par jour avec une solution de quatre à dix parties de phénol sodique. On lui fit comprendre qu'il ne fallait ni toucher, ni déranger aucunement la dent brisée, car en cela, consistait son unique chance de guérison ; donc la continuation d'un régime mou pendant quelque temps était essentielle : à cela il consentit.

Le Dr Belisario le vit de nouveau le 16 ; le gonflement avait alors complètement disparu ; les dents qui avaient été déplacées se trouvaient en bonne position et paraissaient se porter très bien. L'attouchement causait moins de souffrance à l'incision droite latérale. On ordonna la continuation du phénol sodique et il était nécessaire d'agrandir un peu les plaques, les mâchoires s'étant trop rapprochées. Le bâillon fut constamment porté, étant seulement retiré de temps à autre afin de le nettoyer.

Deux jours plus tard le Dr Belisario reçut une lettre de son malade, disant qu'il était obligé d'aller dans l'intérieur du pays pour affaires urgentes et il se pourrait qu'il ne revînt pas avant deux ou trois mois, et il ajoutait qu'il aurait bien soin de ne pas toucher à ses dents et de ne pas s'en servir.

Trois mois plus tard, la femme de ce jeune homme revint à Sidney et passa chez le docteur B..., pour lui dire que les dents de son mari étaient tout à fait fermes, et qu'il pouvait s'en servir parfaitement. Un peu avant de quitter Sydney, le docteur B... vit le jeune homme lui-même. Les trois incisives qui avaient été déplacées étaient en position et complètement fermes dans leurs alvéoles ; la dent fracturée était entièrement remise, et, s'il était possible, plus solide que les autres incisives. La percussion ne produisait aucune irritation, et la couleur des dents était parfaitement naturelle ; évidemment toutes les pulpes étaient vivantes.

Le trait intéressant dans ce cas était l'union indissoluble des parties brisées ; les premiers jours, les fragments pouvaient être librement réunis, et le bruit qu'ils faisaient en frappant l'un contre l'autre, distinctement entendu. Le Dr Belisario ajouta que, d'après son avis, la nature, le repos, et les soins que le malade avait reçus (chez lui) avaient plus à faire avec l'issue favorable du cas que tout ce qu'il pourrait réclamer pour sa part dans la guérison.

M. J. S. Hutchinson dit qu'il donnait ses soins en ce moment à une dame qui avait eu un accident analogue à celui décrit par le Dr Bélisario, mais il était fâché de dire que le résultat était loin d'être aussi satisfaisant. La malade s'était fracturée son incisive droite supérieure centrale par une chute. Elle prétendait qu'elle entendait parfaitement le petit bruit causé par l'entre-choc des deux fragments, mais lui (M. Hutchinson) n'avait pas pu s'assurer de ce fait. Malheureusement la personne en question n'était pas venue demander des conseils avant qu'un espace de temps considérable fut écoulé, et seulement lorsqu'elle fut alarmée en voyant la dent devenir noire. Comme la pulpe était évidemment morte, M. Hutchinson ouvrit la cavité et l'en retira : la dent était très douloureuse, et il y avait une grande quantité de périostites, qui fut cependant bientôt réduit par l'application de sangsues et l'usage de fomentations. La dent restait plus longue que son homologue, et le résultat définitif du cas devait être considéré comme douteux.

(*Communiqué par M. Poinsot, Membre de la Société Odontologique de la Grande Bretagne.*)

REVUE DES JOURNAUX

UNE DENT MORTE.

Un cas très intéressant s'est présenté à mon observation — intéressant en ce sens, qu'il démontre clairement combien de temps une dent peut rester incluse dans la mâchoire après la mortification de sa pulpe, sans causer d'ennui ni souffrance à son propriétaire. — La malade, une dame âgée de 27 ans, me raconta que dans son enfance, vers l'âge de 8 ans, elle avait fait une chute si malheureuse, en jouant dans une crèche ou mangeoire pour les chevaux (crib), que les deux incisives centrales supérieures avaient violemment porté contre un des côtés ; l'une d'elles fut brisée à son extrémité. — La dent cassée ne lui avait donné aucun ennui, ni sa congénère du côté opposé, lorsque la semaine dernière la gencive enfla autour du collet de cette dernière ; la dent devint chancelante

et douloureuse. Ce matin, j'examinai les dents et les trouvai exemptes de caries, il n'y avait pas d'épulie ; il n'y en avait probablement jamais eu. — L'enflure de la gencive avait persisté.

La dent cassée était de couleur normale — l'autre qui avait été chancelante et douloureuse, était de couleur foncée. — Tout tendait à démontrer que la dent était morte, par conséquent, je pratiquai une ouverture, allant de la partie linguale à la cavité pulpaire. Je ne trouvai qu'un peu de pus, et aucun vestige de pulpe. Je me proposai d'obturer la dent jusqu'à son extrémité radiculaire après un traitement approprié. Je compte qu'elle continuera à rendre des services.

Il semble naturel de conclure que la pulpe se mortifia au moment de l'accident, et qu'il s'est écoulé une période de 19 ans, sans qu'il en ait résulté aucun ennui, aucune souffrance pour la personne.

(*Dental Record, Décembre 1884, p. 532.*)

Un cas curieux s'est dernièrement présenté devant un des tribunaux de San-Francisco. — Un dentiste avait convenu avec un patient de lui aurifier ses dents pour 17 dollars 50 c. (85 francs environ) ; — mais une fois le travail terminé, il demanda 22 dollars 50 c (120 francs) pour ses honoraires. — Le paiement de cette somme fut refusé, et le dentiste enleva les aurifications.

Une action en réparation de dommages-intérêts fut intentée par le patient. — Un verdit fut rendu contre le dentiste, qui fut condamné à payer 217 dollars 50 c. (1285 francs), y compris les suites qui en résulteraient.

(*Dental Record, Décembre 1884, p. 572. Traduit par M. Parrie*).

FORMULAIRE.

Solution contre la stomatite mercurielle. — H. Zeissl.

Teinture d'iode	4	grammes
Hydrolat de cannelle	50	—
Sirop de cannelle	20	—
Eau distillée.	250	—

Mêlez. — Pour rincer la bouche, dans le cas de stomatite mercurielle avec salivation abondante. — Si l'haleine est fétide, on peut remplacer cette solution par le mélange suivant :

Eau chlorée	10 grammes
Décoction de guimauve . . .	300 —
Miel rosat	40 —

(*Union Médicale.*)

Solution hémostatique. — Monsel.

Acide tannique	1 gr. 25 cent.
Sulfate d'alumine et de potasse	2 — 50 —
Hydrolat de roses	90 grammes.

Faites dissoudre. — Pour usage externe, à titre d'agent hémostatique. — N. G.

(*Union Médicale.*)

BANQUET DES DIPLOMÉS DE L'ÉCOLE DENTAIRE

Ainsi que nous l'avions annoncé, le banquet annuel des diplomés de l'Ecole Dentaire de Paris a eu lieu le 30 Octobre 1884, dans les salons Notta.

Ce dîner, où anciens et nouveaux ont le plaisir de se retrouver, de renouer les amitiés, avait la bonne fortune de compter plusieurs D. E. D. P. de province.

A l'heure du champagne, l'heure des toasts ; l'un des commissaires organisateurs expliqua que la Commission avait cru de son devoir de faire une exception, en envoyant les lettres de convocation, et qu'un diplômé n'avait pas été invité pour avoir manqué à la dignité professionnelle. La Commission demandait à l'Assemblée, de fixer la conduite à tenir dans l'avenir et de dire par son vote, si cette mesure était approuvée, et si dans des cas analogues on devrait agir de même. Après avoir fait connaître aux non initiés les motifs de cette exclusion, l'Assemblée approuva à l'unanimité la conduite des organisateurs.

Le Président, M. Barbe, ayant souhaité la bienvenue aux recrues de l'année, M. Dubois parla de l'accroissement du nombre des diplômés, de la place à part qu'ils ont conquis, de leur rôle, de leurs devoirs dans le mouvement professionnel. Puis, M. Godon

exposa à son tour, que c'était un droit et un devoir pour les nôtres, d'affirmer le titre qu'ils possèdent, en rendant des services publics, en le faisant sanctionner par la puissance administrative, qui a tant de force en notre pays. Il donna lecture d'une lettre de M. Trousseau, un des honorés vétérans de la profession, lettre montrant la communauté de vues des dentistes français. Nous ne pouvons mieux faire que de reproduire *in extenso* cette lettre charmante.

On se sépara avec la certitude de se retrouver encore plus nombreux l'année suivante.

Rennes, le 30 Octobre 1884.

A Monsieur le Président de l'Association générale des Dentistes de France.

MONSIEUR LE PRÉSIDENT,

L'invitation que le Conseil de Direction de l'École et de l'Hôpital Dentaires de Paris m'a fait l'honneur de m'adresser, ne m'est parvenue que ce matin 30 Octobre. Mais en dehors de ce retard, qui ne m'eût pas permis de me rendre à Paris pour assister à la cinquième séance d'ouverture de l'École Dentaire, je dois avouer que mon âge, mes infirmités, et 53 ans de pratique, tant comme mécanicien-dentiste que comme praticien, ne m'eussent peut-être pas encouragé a faire ce voyage.

Pourtant j'aurais été bien heureux, étant l'un des plus anciens représentants de la profession, de pouvoir juger de ses progrès à partir de 1830, époque où j'ai débuté chez un nommé Pourcelot, jusqu'à l'heure présente, et je dis cela, M. le Docteur et Président de l'École Dentaire, avec d'autant plus de sincérité que j'ai été toute ma vie un apôtre du Progrès ; ne considérant une connaissance acquise que comme l'avant courrière et la génératrice de nouvelles découvertes ou de perfectionnements nouveaux.

Ce qui augmente encore mes regrets de ne pouvoir admirer l'œuvre, dont vous êtes l'un des principaux auteurs, c'est que j'eusse été également heureux de voir parmi les célébrités de la science, qui assisteront à cette séance du 30 Octobre, M. Paul Bert, membre de l'Institut, dont les opinions philosophiques et politiques sont si parfaitement en rapport avec celles de votre humble correspondant.

Pour être dentiste on n'en est pas moins homme :
Homo sum, et humani nihil a me alienum puto !

Depuis trente-quatre ans la France a éprouvé bien des malheurs et des vicissitudes; espérons que la science, les lettres et les arts la ramèneront à ses véritables destinées, c'est ce à quoi tous ses enfants doivent travailler avec ardeur et émulation. Alors en parlant de ces époques néfastes nous pourrons nous écrier.

. . . .

Mais les temps sont changés; la France libre et forte,
Commande à ses destins et grandit dans la paix,
Sans peur et l'arme au bras de l'Est garde la porte,
Sachant que jusqu'au Rhin le pays est Français !

Sa mission est grande et son œuvre assurée;
C'est le droit au dehors, au dedans le progrès,
Déployant son drapeau sous la voûte azurée,
Pour marquer son triomphe aux grands jours des congrès.

Et nous proclamerons la paix universelle;
L'amour de la Patrie et le droit de penser,
D'où jaillit du cerveau la brillante étincelle
Qui montre l'avenir et nous dit d'avancer!

Pardonnez-moi, Monsieur le Docteur et Président de l'Ecole dentaire de Paris, d'être si grandement sorti de mon sujet, et veuillez agréer l'assurance de ma plus parfaite considération.

J. M. TROUSSEAU,
Chirurgien-Dentiste du Lycée de Rennes.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE

(SOCIÉTÉ CIVILE DE L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS.)

CONSEIL DE DIRECTION

Résumé des Procès-Verbaux.

Séance du Mardi 4 Novembre 1884.

PRÉSIDENCE DE M. LE Dr DAVID, DIRECTEUR DE L'ÉCOLE.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

Le Secrétaire général donne lecture de la correspondance.

M. Cazeaux, de Bagnères-de-Bigorre, demande à faire partie de la Société; (renvoyée au Conseil de famille).

M. le Dr Didsbuny est nommé à l'unanimité membre de la Société.

M. Trousseau adresse, à l'occasion de l'inauguration de l'Ecole, ses félicitations à l'œuvre et à ses fondateurs.

Le Conseil de Direction, heureux des encouragements adressés par un vieux confrère, qui, en son temps, a fait tous ses efforts pour travailler au relèvement de l'art dentaire en France, notamment par sa collaboration à l'un des premiers journaux professionnels, le nomme membre honoraire de la Société.

Le Conseil vote également des remerciements au Roi d'Annam, pour le don qu'il a fait à l'École Dentaire, ainsi qu'au représentant de la France à Hué, M. le colonel Renhard, qui a bien voulu servir d'intermédiaire en la circonstance et les nomme tous deux membres honoraires.

Le Secrétaire général donne lecture du compte rendu de l'inauguration de la cinquième année scolaire. Le Conseil de Direction reconnaissant du concours apporté par M. Paul Bert, tant par sa présence à cette cérémonie, que par le discours qu'il y prononça, le nomme président honoraire de l'Ecole Dentaire de Paris.

Il décide qu'une médaille commémorative de cette cérémonie lui sera remise, ainsi qu'à MM. Trélat et Verneuil en l'honneur des deux inaugurations qu'ils ont présidées, Novembre 1882. — Novembre 1883.

une quatrième médaille sera remise à M. Lecaudey, en reconnaissance du concours qu'il a apporté à l'École comme Directeur pendant les années 1880, 1881, 1882, 1883, 1884.

Des remerciements sont également votés à M. le Dr Prengrueber pour le remarquable discours qu'il prononça à l'inauguration, ainsi qu'à la presse médicale et politique dont les principaux organes ont annoncé l'inauguration de l'École et en ont fait après des comptes rendus sympathiques.

Le Conseil remercie enfin les organisateurs de la cérémonie, notamment l'architecte de l'École, M. Benoist, qui s'est gracieusement mis à leur disposition.

Plusieurs malades ayant adressé des plaintes au sujet de la conduite d'un élève de l'année 1883 84, à leur égard une commission de 3 membres est nommée pour faire une enquète et adresser un rapport au Conseil. La Commission est ainsi composée : MM. Dubois, Chauvin, Poinsot De Lemos, et Viau.

M. Dubois est nommé secrétaire de la Commission.

Une demi-bourse est accordée à un élève en souvenir de son frère, ancien élève de l'École, décédé.

La Commission du concours de prothèse donne lecture de son rapport.

Sur la proposition du Dr David, l'enseignement de la prothèse à l'École est ainsi organisé :

M. Viau, professeur du cours théorique, faisant deux fois par semaine des cliniques de prothèse.

M. Poirié, chef du laboratoire de prothèse.

M. Pigis, suppléant du chef de laboratoire de prothèse.

M. Godon propose, comme sanction du discours de M. P. Bert, de rétablir sur les diplômes de l'École le titre de *Chirurgien Dentiste* qu'on y avait omis à la suite d'une polémique célèbre.

Après discussion, la proposition est adoptée.

Le Conseil décide qu'il sera nommé deux suppléants du cours pratique de Dentisterie opératoire, afin de faciliter à M. le Dr Levett l'exercice de ses fonctions, qui deviennent trop lourdes par suite du nombre considérable des élèves de l'École.

Séance du 25 Novembre 1884.

Présidence de M. le Dr DAVID, Directeur de l'École.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

Le Secrétaire général donne lecture 1° d'une demande d'admission de M. Betmann, de Fécamp, comme membre de l'Association générale des Dentistes de France.

Cette demande est renvoyée au Conseil de Famille.

2° D'une lettre de M. Potel, qui donne sa démission de démonstrateur à la clinique de l'École.

La démission est acceptée.

Le Conseil décide que la nomination des deux professeurs suppléants de dentisterie opératoire se fera au concours.

Une commission de cinq membres, composée de MM. David, Levett, Poinsot, Dubois et Viau est nommée pour préparer le programme du concours.

M. Ronnet donne lecture de son rapport sur l'examen d'entrée du 2) Novembre 1884. — L'élève qui s'est présenté est renvoyé à l'année prochaine.

Le Conseil nomme six nouveaux démonstrateurs pour faciliter le service de la clinique et pourvoir aux vacances. — Ce sont : MM. Horay ; Legret ; Prevel ; Tussaud ; Pigis et Regnard.

Un crédit est voté pour l'achat de nouveaux fauteuils et instruments nécessaires à la clinique.

La séance est levée à onze heures.

Séance du Vendredi 28 Novembre 1884.

PRÉSIDENCE DE M. LE Dr DAVID, Directeur de l'École.

Les membres du Conseil protestent contre la mise de leur nom à la 3me page du Glaneur, sous la rubrique : (les principaux dentistes de Paris) et ils demandent l'envoi et l'insertion de leur protestation dans le prochain numéro du journal.

M. le Dr DAVID donne lecture, au nom de la Commission spéciale, du programme de concours des professeurs suppléants du cours de dentisterie opératoire.

Ce programme est discuté article par article, et adopté à l'unanimité.

La date du concours est fixée au 2me dimanche de Janvier.

La séance est levée à onze heures.

Le Secrétaire général,
CH. GODON.

NOUVELLES

L'Assemblée annuelle des membres de l'Association générale des Dentistes de France aura lieu le Mardi 27 Janvier 1885, au siège de l'association, rue Richer, 23.

Les fondateurs de l'École Dentaire de Paris et des autres œuvres d'intérêt professionnel qui s'y rattachent ont voulu que la direction en restât dans les mains de la profession tout entière et que tous ceux qui ont contribué à l'édification du relèvement professionnel puissent, quelle que soit leur part, leur nationalité, leur situation, influer sur la direction du mouvement en avant.

Nous espérons que les membres fondateurs, bienfaiteurs, diplômés de l'École Dentaire, ainsi que les membres de l'Association des Dentistes de France se feront un devoir d'assister à cette importante séance.

ORDRE DU JOUR :

1° *Rapports du Secrétaire général et du Trésorier.*
2° *Nomination de la moitié du Conseil de Direction ;*
3° *Modifications aux Statuts.*

On nous charge d'annoncer deux modifications au programme du Concours pour deux places de professeur adjoint de Dentisterie opératoire :

1° Aux conditioons d'admissibilité au lieu de « avoir ses droits civils et

« politiques. » — « *Avoir ses droits civils et politiques au pays d'origine ou de « résidence.* »

2° Le Concours s'ouvrira le Dimanche 15 Février 1885.

Le Conseil de Direction de l'Association générale des Dentistes de France et de l'École Dentaire de Paris désireux de perfectionner, dans l'intérêt professionnel, les institutions qu'il est appelé à diriger (École, Journal, Société scientifique, Caisse de Prévoyance, Syndicat professionnel), ainsi que de corriger les imperfections que le fonctionnement ou la pratique pourraient signaler, rappelle à tous les Confrères, membres ou non de la Société, qu'elle accueillera avec reconnaissance leurs propositions de réformes ou leurs plaintes et qu'elles seront toujours prises en sérieuse considération. (S'adresser soit au Président de l'Association, soit au Secrétaire-général, 23, rue Richer.)

M. le Dr Marie, professeur à l'Ecole Dentaire, vient d'obtenir après un brillant concours, le titre de Docteur es-sciences.

M. Trélat, président honoraire de l'Ecole Dentaire de Paris, vient d'être élu vice-président de l'Académie de Médecine.

Notre confrère M. le Dr Magitot vient d'être nommé vice-président de la Société d'antrophologie.

Société Odontologique de Belgique.

Le bureau définitif est ainsi constitué :

Président :	MM. le Dr Fay père.
1er Vice-Président :	Delapierre père.
2me Vice-Président :	le Dr Quinet.
Secrétaire :	Bon père.
Secrétaire adjoint :	Rosenthal fils.
Trésorier :	Van Blaeren.
Bibliothécaire :	Delapierre fils.

Faculté de Médecine de Paris. — Le 15 octobre 1884, c'est-à-dire au début de la présente année scolaire, le nombre des étudiants inscrits à la Faculté était de 3,994. On évalue pour cette année, comme la précédente, le nombre des inscriptions nouvelles de 500 à 550 environ. Le nombre des étrangers, hommes, inscrits au 1er Décembre 1884 était de 538 parmi lesquels 127 Américains, 96 Russes, 61 Roumains, 52 Espagnols, 45 Turcs, 30 Brésiliens, 26 Suisses, 25 Grecs, 22 Anglais. — Le nombre des étudiants est en remarquable progrès. A l'heure actuelle, il est de 78, alors qu'il n'était que de 45 au 15 octobre 1883; 12 autres femmes environ sont actuellement en instance pour obtenir leur inscription. Sur les 78 femmes actuellement inscrites, il n'y a que 13 Françaises. Les Russes sont au nombre de 47, les Anglaises de 11, et les Américaines de 3. (Journaux du 18 décembre.)

Dentistiana, — Un de nos confrères nous communique la lettre suivante : « M. D.... je vous prie de m'expédier de suite un flacon d'insensibilisateur

« en remboursement. Je suis dentiste (sic) et je vais m'établir à X.... je « vous demanderai si vous voulez me faire des pièces dentaires, je vous « enverrai l'EMPRUNTT et vous m'enverrez les pièces prêtes à poser, dites « moi le prix le plus tôt possible. »

AVIS

L'Administration de l'Ecole Dentaire de Paris prévient les parents des étudiants, qu'elle fournira à tous ceux qui le demanderont, des bulletins mensuels, constatant le nombre de présences des étudiants, tant à la clinique du matin, qu'aux cours theoriques du soir.

Les abonnés étrangers sont priés d'adresser le montant de leurs abonnements au directeur du Journal.

Les abonnements parvenus avant le 15 Février, seront reçus à l'ancien prix de 8 francs pour la France et 10 francs pour l'Union Postale.

L'*Aide-Mémoire* du Chirurgien Dentiste est en vente chez tous les fournisseurs pour dentistes.

Il a été expédié à tous les souscripteurs. Ceux d'entre eux qui ne l'auraient pas reçu, sont priés d'en avertir l'Administration du Journal.

Pour la vente en gros, s'adresser à M. Paul Dubois, 104, rue Saint-Lazare, ou à M. Lecrosnier, éditeur, place de l'Ecole-de-Médecine.

Prix cartonné : 5 fr.

En vente chez tous les fournisseurs pour Dentistes.

Le prix des frais de recouvrement est à la charge des souscripteurs.

On demande à acheter : 1° le numéro de Mai 1877 du *Progrès dentaire* ; 2° le numéro d'Août 1879 de la *Gazette odontologique* ; 3° les numéros de Janvier 1882 et Février 1883 de la *Revue odontologique.*

Faire parvenir au Bureau du Journal, Dr D.

PUBLICATIONS REÇUES

Le Progrès Dentaire.
L'Art Dentaire.
Revue Odontologique.
Revue Odontogique de Bruxelles.
Cosmos.
Dental Register.
Dental News.
Dental Advertisser.
Dental Office and Laboratory.
Dental Jairus.
Practitioner.
The Saint-Louis Dental.
Repertorie Dental.
El. Progresso Dental Habana.
L'Odontologia.
La France Médicale.
L'Abeille Médicale.
Le Concours Médical.
Dental Record.
Correspondenz Blatt.
Centralblattfur Zahneilkunde.
Deustche Vierteljanresschrift.
Vierteljahrsschrift für.
Zauheilkunde.
Die Zahntechnische reform.
L'union Médicale.
Le Progrès Médical.
Journal d'Hygiene.
Revue de Thérapeutique.
Hygiène pour tous.
Le Journal Médical.

26446. — Amiens, Imp. T. Jeunet.

VOL. 5. Paris, Février 1885 N° 2.

L'ODONTOLOGIE.

TABLE DES MATIÈRES POUR FÉVRIER 1885.

LE CHLORHYDRATE DE COCAÏNE

EN CHIRURGIE DENTAIRE,

Par M. le Docteur Th. DAVID.

Dans le précédent numéro, nous avons donné un aperçu des propriétés analgésiques du chlorhydrate de cocaïne et des services que cette substance pourrait rendre aux dentistes. Depuis lors, ses applications se sont étendues, et un certain nombre de confrères de l'étranger en ont retiré de bons effets.

Nous l'avons employée nous-même en solution faible à 4 pour 100, pour la prise des empreintes, dans les cas où l'arcade alvéolaire, par suite d'une légère inflammation des gencives ou de l'ivoire mis à nu, et irritées par la préparation avec la lime ou la fraise, présentait une grande sensibilité. En passant sur les surfaces sensibles un tampon d'ouate imbibé de la solution de cocaïne, on obtenait une analgésie suffisante pour prendre l'empreinte sans douleur et sans nausées.

Les blessures superficielles de la gencive, dans les opérations

sur les dents, ou celles qui résultent de l'extraction, sont parfois la cause de douleurs vives qui persistent assez longtemps. Dans ces cas, nous nous sommes bien trouvé de l'emploi de cette solution, qu'on peut mettre sans inconvénient en contact avec la plaie, sans craindre d'inflammation consécutive, puisqu'elle a pu être appliquée sur la cornée sans aucun inconvénient.

M. Morgan Hughes, de Londres, a employé avec un succès relatif, la cocaïne contre les douleurs de pulpe.

Un garçon de 11 ans vint à Westminster-Hospital pour se faire extraire une molaire inférieure très cariée. Il souffrait tellement que la douleur lui arrachait des cris.

« M'étant procuré une solution de chlorhydrate de cocaïne dans l'huile de girofle, dit l'auteur, j'en appliquai largement avec des boulettes de coton dans la cavité pulpaire et sur les gencives. En quelques minutes, la dent cessait de faire mal, et la muqueuse avait perdu sa sensibilité. Je procédai ensuite à l'extraction. L'enfant cria comme d'habitude quand la dent quitta son alvéole, preuve évidente que la cocaïne n'avait pas réussi à anesthésier les tissus profonds, — résultat semblable à celui qu'on a observé en chirurgie oculaire.

« Je désire cependant attirer l'attention sur la valeur apparente de la cocaïne, comme remède contre l'odontalgie. Dans le cas présent, son application a calmé aussitôt la douleur que l'enfant accusait. Je pense aussi que les dentistes pourront l'employer avec avantage dans la préparation des cavités, avant de les obturer. (*Brit. med. journ.* 3 Janvier 1885, p. 17.)

A la séance du 1er Décembre 1884 de la Société Odontologique de Londres, M. S. Hutchinson a lu une communication de M. Oakley Coles sur l'usage de la cocaïne dans la chirurgie dentaire.

M. Coles a trouvé qu'une application d'une solution à 20 % dans l'huile de girofle, peut enlever la sensibilité de la dentine, et que deux applications faites à cinq minutes d'intervalle peuvent abolir pendant un certain temps la sensibilité d'une pulpe mise à nu. Il n'y a aucun doute à avoir sur l'utilité de cette substance dans la pratique dentaire, mais il faut des

observations prises avec soin pour trouver son mode d'emploi le plus efficace.

Dans la discussion qui suivit, on convint qu'on ne pouvait obtenir de bons résultats qu'avec une solution à 20 °/ₒ au moins, mais que la solution à 10 °/ₒ n'agirait que si on la laissait plusieurs jours en contact avec la partie malade. La solution ophthalmique ordinaire à 4 °/ₒ paraît absolument sans utilité pour les besoins de la chirurgie dentaire. (*Brit. méd. journ.* 3 Janvier 1885, p. 24. — *Odontologie*, Janvier 1885.)

Le prix de la cocaïne est déjà beaucoup moins élevé que dans les premiers temps. On la trouve maintenant à 30 francs environ le gramme. Aux États-Unis il coûtait d'abord 100 fr. le gramme. MM E. Merck and C° de Darmstadt et Londres ont donné à deux observateurs bien connus, une assez grande quantité de chlorhydrate de cocaïne, pour qu'ils puissent en étudier à fond toutes les propriétés. (*The Lancel*, 3 Janvier 1885, p. 30.)

D'après le D[r] Arthur Geier, on pourrait aussi en retirer de bons effets dans les opérations sur la bouche, car il a observé, dans des expériences sur la muqueuse palatine, pharyngienne et laryngienne, que la cocaïne abolit la sensibilité de ces muqueuses. L'anesthésie commence une ou deux minutes après son application, et dure de 10 à 20 minutes. Le patient perçoit une sensation d'engourdissement, de sécheresse, de tuméfaction, et ne sent pas le mucus ni la salive dans les mouvements de déglutition. Le sens du goût est émoussé, celui du toucher est aboli, mais celui de la température reste intact. Il n'est pas nécessaire que l'anesthésie soit complète, c'est-à-dire que le toucher peut être senti même chez les individus très sensibles, sans exciter d'action réflexe (*Berl. Klin. Woch*, 15 Déc. 1884)

On pourrait donc utiliser les applications de cocaïne pour inciser les abcès de la bouche d'origine dentaire, les fluxions, les kystes, etc. et pour la prise des empreintes chez les personnes à nausées faciles.

ANOMALIES DE L'APPAREIL DENTAIRE CHEZ L'HOMME

Leçon de M. le Docteur Th. DAVID.

Généralités.

Historique. — Définition. — Classification. — Distinction des anomalies d'avec les affections pathologiques. — Étiologie. Époque de production. Mode de production. Hérédité. — Fréquence. — Anatomie comparée. — Ethnologie. — Déductions pathologiques et chirurgicales.

Historique. — Les anomalies dentaires ont été assurément les premières affections des dents qui aient frappé les observateurs, à cause de la situation même de ces organes, qui les met en si grande évidence. Aussi doit-on s'étonner de ne trouver, dans l'historique de cette question, qu'un nombre très restreint d'auteurs cités, et surtout étrangers, même dans les ouvrages les plus récents. Nos compatriotes cependant devraient y figurer avec honneur, tant par le nombre que par la valeur de leurs travaux, ainsi que nous avons pu nous en convaincre dans nos recherches.

Dans l'étude de cette question, comme de tant d'autres, on peut commencer par Ambroise Paré, pour qui le titre de Père de la Chirurgie française, qu'on lui a décerné, n'est pas un terme dépourvu de sens.

Paré, cependant, ne mentionne que l'érosion, qu'il confond avec la carie, et l'éruption tardive.

Urbain Hémard, qui écrivait en 1581, n'est pas plus avancé. Il avait cependant entrevu les accidents de l'évolution vicieuse de la dent de sagesse.

Au xviie siècle, les observations sur les dents ne firent que peu de progrès. On peut en juger par le cours d'opérations de Dionis, qui ne parle que des dents surnuméraires et des dents trop avancées en dehors, contre lesquelles il propose l'extraction ou la résection avec la lime ou la pince coupante.

Mais à la fin du xviie siècle et au commencement du xviiie, les membres de la section d'anatomie de l'Académie des sciences, en particulier Du Verney, Méry et Poupart, mirent

à l'ordre du jour de leurs recherches le mode de formation et d'éruption des dents, et donnèrent une impulsion et une direction scientifique à l'Art dentaire en rapport avec les opinions de l'époque. C'est à ce mouvement que se rattachent les connaissances scientifiques, encore vraies aujourd'hui, qui constituent l'odontologie proprement dite. La France est donc la véritable patrie de cette science. Pour s'en convaincre il suffit de parcourir l'ouvrage de Fauchard (1728, 1re édition) qui n'eut pas de devancier, mais qui eut beaucoup de copistes.

On y trouve des données fort intéressantes sur les anomalies de nombre, de volume, de forme, dont il a fait dessiner des exemples rares et curieux dans ses planches — des faits d'éruption précoce et tardive, d'absence totale ou partielle, de soudure de dents voisines, de diverses dispositions vicieuses traitées et redressées par les fils, les plaques, la luxation brusque, etc.

L'érosion, à laquelle nous consacrerons plus tard un chapitre spécial, fut aussi bien étudiée.

Bunon, en 1743, décrit l'érosion avec beaucoup plus de détails que Fauchard ; il parle en outre des anomalies de forme des racines, de l'extraction des dents de lait pour faciliter l'arrangement des dents permanentes ; enfin, traite assez longuement du redressement de l'ordre des dents renouvelées.

Bourdet, en 1757, revient sur ces mêmes anomalies ; il s'occupe beaucoup plus, comme ses predécesseurs, de redressement que d'étiologie et de description, mais il connaissait parfaitement les variétés de ces anomalies et le traitement qui leur était applicable.

En 1778, Jourdain ajoute à ces notions, la formation de kystes produits par la rétention des dents à l'intérieur des alvéoles, et les accidents de l'éruption vicieuse de la dent de sagesse.

Colondre, en 1781, signale des cas intéressants de dents surnuméraires, de retard de la deuxième dentition, d'anomalies de siège.

On retrouve les mêmes anomalies, avec des faits nouveaux,

dans les ouvrages de Mahon (an VI), de Laforgue (1800), de Fournier-Pescay (1814), de Serres (1817), de C.-F. Delabarre (1819), d'Etienne Geoffroy Saint-Hilaire (1824).

A partir de cette époque, les anomalies sont étudiées d'une manière plus minutieuse, et plus en rapport avec les progrès scientifiques de la tératologie et de la chirurgie.

C'est alors que Toirac (en 1829), écrit son mémoire sur les diverses espèces de déviation dont est susceptible la dernière molaire ou dent de sagesse de la mâchoire inférieure, et sur les accidents qui peuvent accompagner sa sortie, — qu'Isidore Geoffroy Saint-Hilaire, en 1832, fait paraître son immortel ouvrage sur les anomalies de l'organisation, — que Maury, en 1833, donne dans son bel atlas de si curieux et si nombreux exemples d'anomalies de forme, de volume, de direction ; des figures d'érosion, d'exostoses, et même de mutilations ethniques ; — qu'Oudet en 1835, publie son remarquable article Dent, du dictionnaire en 30 volumes ; — que Blandin, en 1836, rédige sa thèse de concours sur l'Anatomie du système dentaire, où se trouvent consignées toutes les variétés d'anomalies connues jusqu'alors, avec des recherches bibliographiques très étendues.

Nous devons signaler encore, comme appartenant à cette période, le travail de De Blainville sur quelques anomalies du système dentaire chez les mammifères (1838) ; — le bel ouvrage d'Emm. Rousseau, sur l'anatomie comparée du système dentaire chez l'homme et chez les principaux animaux (1839) ; — le Nouveau Traité de l'art du Dentiste, de Lefoulon (1841) ; — les deux publications de M. Désirabode : sa thèse de doctorat de 1838, sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie des dents de sagesse, et ses nouveaux éléments de la science et de l'art du Dentiste (1843), dans lesquels on trouve tous les éléments nécessaires à la *classification et au traitement des anomalies, etc.*

Enfin, mentionnons spécialement le travail de M. Am. Forget : *Des anomalies dentaires et de leur influence sur la production des maladies des os maxillaires*, Paris, 1859, comme la première étude d'ensemble faite au point de vue chirurgical sur le sujet qui nous occupe.

Bientôt après, M. Magitot imprime une nouvelle impulsion à ces étndes. Par ses travaux sur l'origine et le développement des dents, travaux faits en collaboration avec M. le Professeur Ch. Robin et M. Ch. Legros, il s'efforça de nous donne. l'explication étiologique des variétés dentaires que ses devanciers connaissaient déjà, mais qu'ils n'avaient bien étudiées qu'au point de vue descriptif et thérapeutiquer A l'étranger, toutefois, Kolliker, Waldeyer, Kollmann, Wedl, etc., avaient publié déjà plusieurs mémoires sur la question.

Définition. — On désigne sous le nom d'anomalie des dents, tous les changements qui se produisent dans leur évolution et leurs caractères normaux, en un mot : toute déviation du type normal.

Ce type, établi par un ensemble de caractères fixes dans l'espèce et transmissible par voie d'hérédité, est relatif :

à la forme	au siège	à la nutrition
au volume	à la direction	à l'époque d'éruption
au nombre	à la structure	à la disposition

Classification. — L'anomalie étant constituée par une aberration dans l'un de ces caractères, l'énumération même de ces derniers nous en fournit la classification. Elle peut être simple, porter isolément sur le nombre, sur le siège, par exemple ; mais le plus souvent elle est complexe : c'est ainsi qu'une anomalie de forme s'accompagne souvent d'une modification dans le volume. Dans ce cas elle se caractérise par l'aberration prédominante.

En outre de ces déviations primitives, il en est d'autres qui ne frappent les dents que d'une façon secondaire. Telles sont ces malformations des mâchoires connues sous les noms d'atrésie, de *diastolie* (1) d'évasement..., des maxillaires, qui entraînent certaines anomalies de siège, de direction, de disposition des dents. Les irrégularités des maxillaires et surtout de leur bord alvéolaire, doivent donc figurer au nombre des anomalies de l'appareil dentaire.

---

(1) Nous désignons sous ce terme. par antithèse à celui d'*atrésie,* l'écartement des parties latérales des mâchoires.

TABLEAU SYNOPTIQUE DES ANOMALIES DE L'APPAREIL DENTAIRE CHEZ L'HOMME.

1° *Anomalies des Dents :*	1° Anomalies de forme.
	2° — de volume.
	3° — de nombre.
	4° — de siège.
	5° — de nutrition.
	6° — de structure
	7° — d'éruption.
	8° — de direction.
	9° — de disposition.
2° *Anomalies des Maxillaires :*	Anomalies de forme.
	— de volume.
	— de direction.
	etc., etc.

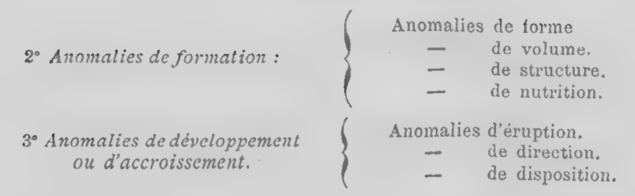
Synonymie. — Les anomalies dentaires sont fréquemment désignées sous les termes de *vices de conformation*, ou mieux encore d'*accidents de l'évolution*, qui rappellent l'époque et le mode de leur production.

Distinction des anomalies d'avec les altérations pathologiques. — Quelques considérations sur l'époque et le mode de production des anomalies, serviront à nous faire établir la distinction qui existe entre elles et les altérations pathologiques survenues après la formation de la dent.

Epoques de production. — On sait en effet que les dents sortent de la gencive pourvues depuis longtemps d'une façon indélébile et définitive de leurs caractères normaux ou anormaux. Si donc l'on veut apprécier l'époque fixe à laquelle certaines irrégularités se sont constituées, ou bien saisir leurs causes, il faut remonter au moment même de la formation de la partie altérée. C'est à ce moment que l'organe revêt ses caractères normaux par le fait de son évolution régulière, ou qu'il en prend d'anormaux si cette évolution est troublée. L'époque de production d'une anomalie déterminée doit donc être en concordance chronologique avec une phase de l'évolution dentaire.

A ce point de vue physiologique, on pourrait, en suivant l'ordre d'évolution, classer les anomalies dentaires de la façon suivante :

1° *Anomalies de genèse :*	Anomalies de nombre.
	— de siège par migration folliculaire.



2° *Anomalies de formation :*	Anomalies de forme — de volume. — de structure. — de nutrition.
3° *Anomalies de développement ou d'accroissement.*	Anomalies d'éruption. — de direction. — de disposition.

Nous reviendrons d'ailleurs sur ce sujet à propos de chaque anomalie en particulier.

Tératogénie, mode de production. — Les anomalies dentaires sont des *déviations simples des phénomènes embryogéniques normaux* ou des *hémitéries*, pour nous servir de l'expression d'Isidore Geoffroy Saint-Hilaire, et se séparent nettement des monstruosités composées.

Pouvons-nous expliquer le mécanisme de leur production? Pour quelques anomalies, la science actuelle peut répondre d'une façon affirmative.

C'est par le déroulement des spires du cordon épithélial et la migration du follicule que s'expliquent certains faits de déplacement des dents.

Les anomalies de nombre ont reçu de Kollmann l'explication suivante : le cordon épithélial n'est pas simple, il porte un certain nombre de bourgeonnements de même nature, qui au lieu de se développer et de produire un follicule comme le tronc principal, se résorbent et disparaissent. Anormalement un de ces bourgeons peut se développer et donner lieu à la production d'un follicule surnuméraire. De même le tronc principal peut s'atrophier et entraîner l'absence d'une ou plusieurs dents.

Ce mode de production explique comment, par *analogie de formation* (Vogel) les dents surnuméraires, lorsqu'elles ne font pas retour au type primitif, prennent à un degré plus ou moins parfait la forme des dents de la région où elles apparaissent.

Certaines anomalies de structure s'expliquent d'une façon satisfaisante par les perturbations fonctionnelles survenues au sein des follicules pendant la formation des tissus dentaires. On comprend, par exemple, connaissant l'influence du système nerveux sur la nutrition en général, qu'une série de convulsions ait pour effet d'arrêter momentanément l'apport

régulier des sels calcaires dont se recouvre le bulbe et détermine de l'*érosion*.

Distinction. — Il résulte de ces considérations que les anomalies sont congénitales, si l'on considère l'organe dentaire comme un être individuel dont la vie embryonnaire serait représentée par l'évolution intrafolliculaire, et qu'elles ont toutes pour siège de production le sac folliculaire. Elles se distinguent très nettement par là des altérations qui peuvent ultérieurement atteindre la dent une fois formée, et qui appartiennent à l'ordre pathologique.

Les diverses affections pathologiques n'attaquent la dent qu'après sa sortie de la poche fœtale, que lorsqu'elle est arrivée à l'âge adulte.

Il n'est pas jusqu'aux accidents dits de dentition qui ne doivent être ainsi séparés des anomalies. Ce ne sont en effet que des accidents locaux ou généraux qui viennent par des processus *pathologiques* divers sous la dépendance de la phase ultime de l'évolution dentaire : l'éruption.

Etiologie. — Les *anomalies dentaires*, reproduites par la sélection sexuelle comme on l'observe dans certaines espèces animales, ne reconnaissent d'autre cause que l'hérédité, constituant alors ce que l'on pourrait appeler une anomalie constante. Mais il n'en est pas ainsi chez l'homme. En l'absence de sélection sexuelle continuée, elles restent à l'état de fait isolé, accidentel, imprévu, le plus souvent sans cause saisissable. Ce n'est que rarement qu'elles peuvent être reliées à des causes locales déterminées; telles sont : l'hydrocéphalie, la microcéphalie, la déformation de la face et tout rapport anormal entre cette région et le crâne, les malformations primitives du maxillaire, etc.

Il y a encore un certain nombre de causes purement individuelles auxquelles échappent les dents caduques, complètement formées au moment de la naissance, mais que suit la deuxième dentition, et d'autant mieux qu'elle est plus tardive. Telles sont certaines blessures de la tête et de la face, les déformations secondaires des maxillaires, comme il s'en produit sous l'influence des végétations adenoïdes du pharynx et de

divers troubles fonctionnels de la bouche ; certaines perturbations de la première dentition qui retentissent sur les follicules des dents permanentes et qui peuvent lui imprimer des modifications dans la forme, le volume, le siège, la direction, l'éruption.

Les anomalies de structure, de nutrition, reconnaissent pour causes des troubles de la santé, troubles apparus chez la mère pendant la gestation s'il s'agit de dents temporaires, apparus au contraire chez l'enfant, s'il s'agit de dents permanentes.

Ces considérations ne laissent pas que d'être très intéressantes. L'attribution de l'érosion à une maladie à forme convulsive n'a-t-elle pas conduit Broca à édifier sa théorie des trépanations préhistoriques ? tandis que l'attribution de la même modification de structure à la syphilis servait à Parrot pour conclure à l'ancienneté de la vérole ?

Hérédité. — Des faits d'hérédité d'anomalie dentaire ont été souvent constatés chez les animaux, et même perpétués par la sélection artificielle : tels sont le menton de galoche du chien terrier, et la prognathie de la mandibule des béliers mérinos de Mauchamps (Goubaux).

Chez l'homme, la transmission par hérédité est non moins frappante, et elle a lieu aussi bien pour les modifications normales que pour les anormales. C'est par la transmission des conditions de structure que s'explique d'ailleurs l'hérédité de carie. L'hérédité est directe ou indirecte, continue ou atavique.

En vertu de la loi de retour au type normal, ou par l'absence d'une nouvelle sélection sexuelle, l'hérédité d'une anomalie dépasse rarement deux ou trois générations.

Fréquence. — D'une façon générale les anomalies dentaires sont très fréquentes. Il y a peu de bouches dans lesquelles un examen minutieux n'en trouverait.

Mais ce qui est plus intéressant, c'est de connaître leur fréquence relative.

A ce point de vue, le dépouillement de 2000 cas a donné à M. Magitot les résultats suivants :

Anomalies	de forme	92
—	de volume	120

Anomalies	d'éruption	154
—	de structure	168
—	de siège	193
—	de nutrition	208
—	de disposition	244
—	de direction	381
—	de nombre	440
		2000

Comme on le voit, les anomalies numériques sont de beaucoup les plus fréquentes, ce qui est une conséquence de la loi formulée par Isidore Geoffroy Saint-Hilaire sur la variabilité tératologique des organes multiples, à savoir que les variations numériques sont d'autant plus fréquentes que les organes sont disposés en séries plus nombreuses.

Anomalies Dentaires au point de vue de l'anatomie comparée. — N'ayant en vue que l'étude des anomalies chez l'homme, nous ne voulons nullement traiter des variations qu'éprouve le système dentaire dans la série des espèces animales. Mais nous aurons fréquemment l'occasion de rappeler les caractères normaux qu'affecte le système dentaire dans quelques espèces, et dont telle anomalie ne sera chez nous que la reproduction tératologique.

C'est ainsi que nous aurons souvent l'occasion de constater pour certaines dents, élevées au point de vue de leur forme, le retour au type primordial conoïde, la seule espèce de dent que possèdent les poissons. L'augmentation du nombre de dents nous reportera à des formules qui sont normales chez certains singes. (Sajou 36, Maki 38.)

L'absence de prémolaires nous reporterait aux carnassiers qui n'ont que les trois autres espèces de dents ; celle des prémolaires et des canines nous reporterait de la même façon aux rongeurs, aux herbivores. — La présence d'un intervalle au niveau de la canine rappelle le *diastéma* ou *barre* de la plupart des mammifères,

Tous ces rapprochements ne doivent point nous étonner. Malgré leur complexité, toutes les variations du système dentaire se tiennent et ne sont que des dérivations d'un type fonda-

mental, auquel, en vertu de la loi d'hérédité, se rattachent les dents les plus complexes, comme les plus simples. Ce type *conique*, ainsi que nous le verrons plus longuement à propos des anomalies de forme, trouve sa raison morphologique dans le bulbe dentaire lui-même qui n'est autre chose qu'une *papille*.

Anomalies dentaires au point de vue ethnologique. — Les anomalies sont plus fréquentes dans les races éteintes, et dans les races inférieures, que dans la race caucasique actuelle.

Sur 30 dents provenant des fouilles de M. Prunières, nous en avons nous-même rencontré 22 d'anormales. La race fossile dite de *Cro-Magnon* se ferait remarquer par le volume exagéré des dents, la présence d'un cinquième tubercule aux molaires supérieures, d'une cinquième racine à la dent de sagesse inférieure, la *bifidité* de la racine de la canine inférieure, le diastema... Ces faits retrouvés comme normaux dans les races des époques paléolithiques constituent chez nous des anomalies de réversion.

Dans les races inférieures actuelles, les modifications du système dentaire ne sont pas moins accusées et ont été bien des fois constatées. Elles portent surtout sur le volume, le nombre et la direction des dents, conséquence du degré de prognathisme. C'est ainsi que chez le nègre, le néocalédonien, l'australien, le cafre, etc., on trouve normalement les dents, la canine surtout, plus volumineuses; le volume augmente de la première molaire à la troisième; la seconde et souvent la troisième molaire inférieures sont pentacuspidées et le nombre des molaires est augmenté, souvent d'une. Dans la race blanche, au contraire, le volume diminue de la première à la troisième molaire; la première molaire inférieure est seule pentacuspidée et le plus souvent le nombre est diminué par l'absence de la dent de sagesse inférieure, conséquence de l'orthognathisme.

Ces caractères, qui constituent pour ainsi dire dans les races inférieures des anomalies constantes, les rapprochent des singes anthropomorphes : du gorille, du chimpanzé et

même de certains singes inférieurs, des lémuriens qui ont normalement 36 dents.

Par ce fait que ces irrégularités, constituant des signes de dégradation, sont sous la dépendance d'un certain degré de prognathisme, il faut enlever toute signification d'infériorité à des anomalies qui sont la conséquence de l'orthognathisme (disposition vicieuse, inclinaisons latérales sur l'axe, par manque de place).

D'une façon générale, ces faits d'anomalies reversives tendent : 1° à abaisser les races éteintes par rapport aux races actuelles ; 2° à rapprocher les races inférieures des espèces animales, placées au-dessous de l'homme, et à établir ainsi une gradation ascendante entre ces espèces et l'homme préhistorique, entre ce dernier et l'homme actuel.... ce qui confirmerait les idées de Darwin sur la descendance de l'homme.

A propos de chaque fait, nous ferons ressortir, s'il y a lieu, les conséquences ethnologiques qu'il comporte.

Ces considérations suffisent pour démontrer que les caractères des dents peuvent fournir certaines indications dans la distinction des races.

Anomalies dentaires au point de vue chirurgical et pathologique. — Les considérations tératogéniques exposées plus haut montrent que certaines modifications structurales (érosion) sont sans remède. Mais d'autres anomalies comportent un traitement. Celles de direction, par exemple, ne sont-elles pas le plus souvent curables? Et leur traitement approprié ne constitue-t-il pas un des points les plus difficiles de l'Art dentaire?

En outre, les conséquences pathologiques des anomalies sont considérables. Il nous suffit de citer les accidents dont s'accompagne l'évolution vicieuse de la dent de sagesse, les tumeurs et autres affections des mâchoires occasionnées par des dents anormales (kystes, odontomes), et les difficultés apportées à l'extraction par certaines anomalies de forme des racines.

Comme on le voit, à tous ces titres divers l'étude des anomalies dentaires intéresse à la fois le savant, le dentiste et le chirurgien.

(*A suivre*).

L'anesthésie par les mélanges titrés, méthode du Professeur P. Bert, et la machine a anesthésier du Dr R. Dubois.

Tous les ans, les élèves de l'Ecole Dentaire de Paris ont coutume d'offrir à la clinique un objet d'utilité et de valeur : Fauteuil d'opération, tour à fraiser etc. etc.

Les diplômés de la dernière année ont eu l'heureuse idée d'enrichir l'Ecole de la machine à anesthésier du Docteur R. Dubois, spécialement construite pour la pratique de l'anesthésie, par la méthode du Professeur P. Bert.

Nous avons traité avec une sorte de prédilection, les travaux touchant à cette importante question de l'anesthésie. Nous avons particulièrement étudié, dans l'Odontologie, la méthode des mélanges titrés en proclamant ses avantages sur les procédés employés jusqu'à ce jour. Ces questions sont donc familières à nos lecteurs et il est inutile que nous y revenions longuement.

Mais comme, depuis nos dernières publications, le nombre des anesthésies pratiquées par cette méthode s'est notablement accru, comme M. P. Bert a légèrement modifié le manuel opératoire, comme nous nous proposons d'appliquer cette méthode à la clinique de l'Ecole dentaire toutes les fois que l'anesthésie chloroformique trouvera son indication et que nous aurons certainement à publier les résultats de notre pratique, il importe que nous donnions ici quelques nouveaux détails.

Le nombre des malades soumis dans le service de M. le Dr Péan, à l'Hôpital Saint-Louis, à la méthode des mélanges titrés, s'élève aujourd'hui à plus de *deux cents* et les dernières observations ne font que confirmer notre appréciation sur la valeur de la méthode (1).

Nous avons noté parmi les derniers malades des emphysémateux, des cardiaques, des sujets atteints d'œdème plus ou moins étendu, des phthisiques et jamais nous n'avons observé d'accidents.

La presque totalité des anesthésies dont les observations

(1) Voir Bull. de la Soc. de Biologie 8e série t. I. p. 399 et compte rendu de la Société d'Odontologie. Séance du 2 juillet 1884.

servent de base à notre mémoire, a été obtenue en employant le mélange de 8 grammes de chloroforme pour 100 litres d'air, maintenu au même titre pendant toute la durée de l'opération ; les gazomètres de laboratoire dont on se servait alors ne permettant pas de modifier rapidement le titre des mélanges. Depuis M. le Professeur P. Bert a jugé bon de renoncer à la continuité de la respiration du mélange à 8 grammes pour 100 litres d'air lorsque l'opération doit durer très longtemps. Il commence par la dose de 10 grammes, puis l'anesthésie confirmée, il donne le mélange à 8 pour 100 et il entretient ensuite l'anesthésie avec le mélange à 6 grammes.

« Cette méthode permet d'obtenir une anesthésie plus rapide et de la continuer avec un mélange contenant la quantité minima de chloroforme strictement nécessaire pour l'entretenir, mais certainement trop faible pour l'obtenir d'emblée, si le malade n'avait pas été préalablement saturé avec le 10 pour 100, puis avec le 8 pour 100. »

Ceci dit, présentons à nos lecteurs l'appareil du Dr R. Dubois, appareil qui permet le titrage exact du mélange et les changements de ce titrage, dont le maniement n'exige aucune éducation première et presque aucune attention et avec lequel les accidents de fonctionnement ne sont pas à redouter.

Dr A. Aubeau.

MACHINE A ANESTHÉSIER

Du Dr R. Dubois.

(*Extrait de la notice sur l'anesthésie par les mélanges titrés. Paris, imprimerie G. Rougier et Ce, rue Cassette, no 1.*)

Les anesthésies par la méthode Paul Bert, pratiquées jusqu'à ce jour dans les hôpitaux ont été conduites par M. le docteur R. Dubois, qui s'est ainsi trouvé dans des conditions particulièrement favorables pour se rendre compte des perfectionnements susceptibles d'être apportés à la partie mécanique en mettant à profit les conseils et les objections des nombreux membres compétents du corps médical qui ont assisté aux premiers essais cliniques.

L'excellence de la méthode des mélanges titrés, considérée en elle-même, n'a jamais été contestée par ceux qui ont pu suivre pendant un certain temps son application; mais on exprimait généralement le regret de voir employer des appareils de laboratoire volumineux, lourds, encombrants, difficiles à manier et à transporter, coûteux, etc., etc.

Il fallait nécessairement renoncer à l'emploi des gazomètres et cependant il n'existait aucun appareil pouvant mesurer en même temps et mélanger exactement un poids donné de vapeurs anesthésiques et un volume d'air déterminé.

Il était en outre indispensable que le titrage et le réglage fussent rendus automatiques afin de pouvoir supprimer les aides et du même coup les chances d'erreur.

En dehors d'un dosage mathématiquement exact et d'un réglage automatique, la machine à anesthésier du docteur R. Dubois répond à tous les desiderata exprimés (1).

La mise en mouvement se fait sans effort, au moyen d'une manivelle qui peut être confiée à la personne la moins exercée, si l'aide chargé de surveiller l'anesthésie ne veut pas prendre ce soin lui-même.

La machine à anesthésier est peu volumineuse; sa forme et ses dimensions qui rappellent celles d'un tambour d'infanterie, en font un appareil transportable, peu encombrant et susceptible de faire profiter des avantages de la méthode Paul Bert les malades des hôpitaux, des ambulances, de la ville et de la campagne.

La figure page 58 donne une idée suffisante des dispositions générales de la machine dont on pourra se servir immédiatement après avoir pris connaissance de l'instruction suivante.

Instruction

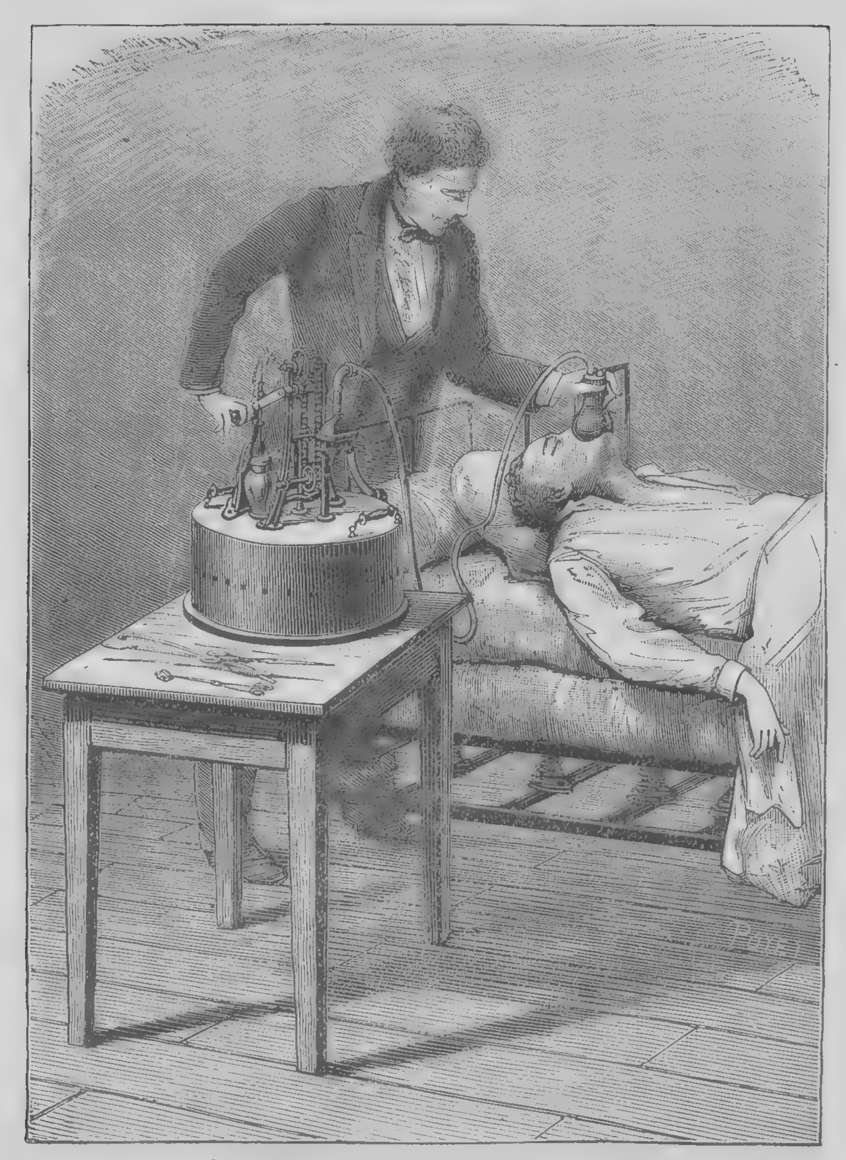
La machine doit être autant que possible, placée près de la table, afin de ne jamais gêner l'opérateur, elle peut cependant être déplacée pendant une opération; on devra, dans ce cas, ne la prendre que par les poignées disposées à cet effet.

Le flacon principal est destiné à recevoir le chloroforme; on peut l'emplir presque complètement, mais, si la séance se prolonge, il sera bon de verser dans le flacon une nouvelle quantité de chloroforme, afin d'être toujours certain que le godet puiseur remontera plein.

Le titrage du mélange devant varier suivant les cas, la machine a été muuie d'un certain nombre de ces godets; chacun d'eux porte un gros chiffre en relief qui indique le nombre de grammes qui sera mélangé à 100 litres d'air en employant ce godet.

Un tube transversal, destiné à recevoir une petite cheville, traverse chaque godet, de sorte que pour les placer, il suffit de les embrocher sur cette cheville, dont l'extrémité libre conique est reçue dans un trou de même forme disposé à cet effet à la partie inférieure de la tringle rectangulaire du puiseur. On peut, pendant le cours d'une opération, changer ainsi le titrage avec la plus grande facilité; cette petite manœuvre ne demande que quelques secondes d'arrêt, et avec un peu d'habitude, on arrive même à la faire sans interruption.

(1) La construction et le réglage de la machine à anesthésier ont été confiés à M. Tatin, ingénieur distingué de Paris, dont le concours a été très précieux pour l'exécution du premier modèle.



Les godets et la cheville sont livrés en double exemplaire avec chaque machine.

L'écoulement du mélange a lieu d'une façon continue par le tube qui se trouve en haut à droite ; ce tube est muni d'un coude mobile à la façon d'une girouette, ce qui permet de l'orienter à la demande des circonstances ; c'est sur ce coude que se monte le tube de caoutchouc à l'extrémité duquel se trouve l'embouchure d'inhalation. Tout étant ainsi disposé, il suffit de tourner la petite manivelle pour obtenir à l'embouchure l'arrivée d'un mélange anesthésique titré.

La machine étant d'abord vide, celui-ci n'arrive qu'après la première course du piston, ensuite l'écoulement est continu aussi longtemps qu'on le désire.

Un tour de la manivelle correspond à un débit d'environ vingt litres ; on voit que, dans la plupart des cas, on pourra tourner assez lentement ; après que l'on aura fait quelques tours, on sentira une résistance : c'est qu'alors le piston aura terminé sa course ; on tournera aussitôt dans le sens opposé afin de faire évacuer alternativement les deux faces du piston et la course dans chaque sens sera ainsi limitée et indiquée par une résistance très sensible.

Toutes les autres fonctions de la machine, arrivage du chloroforme, dosage, distribution du mélange sur les deux faces du piston, etc., sont entièrement automatiques et reliées invariablement au mouvement de la manivelle.

Il est livré avec chaque machine un double du flacon principal et un double du flacon dans lequel s'opère le mélange. Si un débit rapide joint à une température peu élevée faisait craindre qu'il se forme quelques petits glaçons dans ce dernier vase, on pourrait remplir d'eau chaude la petite bâche qui l'entoure ; mais jusqu'à présent aucun inconvénient ne s'est produit en l'emplissant simplement d'eau à la température ambiante.

L'embouchure d'inhalation possède deux formes différentes selon que le mélange anesthésique doit être conduit aux orifices externes des voies respirstoires, comme cela a lieu dans les circonstances ordinaires, soit, au contraire, dans les profondeurs de la cavité buccale ou naso-pharyngienne, comme cela se pratique dans les opérations portant sur les parties externes ou profondes de la face.

Dans ces cas-là, en particulier, la machine à anesthésier rend de très grands services, parce qu'elle permet d'injecter le mélange titré dans les profondeurs des premières voies respiratoires et de maintenir une anesthésie profonde et continue qu'on ne saurait obtenir autrement. L'air chloroformé titré est porté aussi loin que l'on veut au moyen d'un tube de métal spécial qui accompagne chaque appareil, et peut, en même temps, jouer le rôle d'abaisse-langue et d'écarteur des mâchoires.

Le débit de la machine est assez rapide même avec une vitesse moyenne, pour que, au moment de chaque inspiration et pendant toute sa durée, le malade se trouve en présence d'une quantité de mélange anesthésique respirable plus que suffisante.

C'est sur le même principe que repose le masque inhalateur qui fait partie de la machine à anesthésier et ne saurait être remplacé par aucun appareil plus ou moins analogue. Le masque inhalateur n'a aucune soupape, et il est disposé de telle sorte que le malade se trouve toujours en présence d'une atmosphère anesthésique titrée dans laquelle il respire aussi librement que dans les conditions ordinaires ; un accident survenant dans la machine ou le conduit n'aurait d'autre inconvénient possible que de priver le malade du mélange anesthésique ; il respirerait alors librement au travers de l'orifice par lequel se fait l'expiration quand la machine est en mouvement et qui reste d'ailleurs toujours ouverte. Le masque inhalateur est solide, léger et peut se nettoyer avec la plus grande facilité.

Manuel opératoire

1° On fixe sur la tringle rectangulaire du puiseur le godet n° 10 (le vase principal étant rempli de chloroforme et plongeant dans l'eau de la bâche de métal), et l'on fait exécuter une course complète au piston pour remplir les corps de pompe de mélange titré ;

2° Le malade étant placé dans la position la plus favorable pour que les mouvements respiratoires abdominaux et thoraciques s'effectuent avec la plus grande facilité (1), on applique le masque inhalateur d'une main, tandis que de l'autre on fait mouvoir la manivelle que l'on peut d'ailleurs confier au premier assistant venu pour plus de commodité ;

3° On continue l'inhalation du mélange à 10 p. 100 jusqu'à anesthésie confirmée (2) ;

---

(1) Remarques. — La mort physiologique par le chloroforme se faisant par arrêt de la respiration, on ne saurait trop recommander de veiller attentivement à ce qu'aucune entrave si légère qu'elle puisse être, ne soit apportée au libre exercice de l'acte respiratoire d'où dépend la vie du malade. Nous recommandons particulièrement de supprimer toutes les parties du vêtement susceptibles d'exercer une compression, cravates, ceintures, bandages, etc.

Souvent pendant le feu de l'opération le chirurgien où les aides prennent un point d'appui sur le thorax ou l'abdomen, parfois même on dépose des objets lourds, cuvettes, appareils, etc., sur ces régions sans se douter que l'on agit sur un individu privé de toute réaction volontaire et même instinctive ; l'anesthésiste doit veiller sans cesse à la stricte observation de ces précautions élémentaires ; à cet effet, il doit être placé de façon à pouvoir observer simultanément les mouvements du thorax et de l'abdomen. C'est l'acte respiratoire qui doit servir de guide à l'anesthésiste, dans la méthode des mélanges titrés ; celle-ci doit être régulière, ni trop accélérée, ni trop ralentie ; elle peut être momentanément troublée au moment de l'intervention chirurgicale ou pendant la période des rêves, dite d'excitation, pendant laquelle on doit éviter toute excitation périphérique, lavage des plaies, pressions, pincements susceptibles d'être mal interprétés et de provoquer l'agitation du sujet.

La mort par le cœur n'a jamais été observée chez les animaux pendant le sommeil par les mélanges titrés, administrés à des doses variables et dans des conditions fort différentes, en dehors de toute action chirurgicale. Mais, il n'est pas dit que les mélanges titrés aient le pouvoir d'empêcher un individu anesthésié d'avoir une syncope cardiaque, syncope cardiaque qui peut être mortelle, comme cela s'est vu chez des opérés qui n'étaient pas anesthésiés du tout. Ce qui fait tendre vers cette façon d'expliquer certains cas de mort observés pendant l'anesthésie par la compresse, c'est que l'application de l'instrument chirurgical modifie le pouls assez notablement pendant une anesthésie même régulière pour que MM. les docteurs Dubois et Aubeau aient pensé à faire une étude spéciale de ce point important. Dans la mort physiologique par le chloroforme la respiration s'arrêtant souvent longtemps avant le cœur, celui-ci, qu'il soit consulté directement ou par le pouls, ne peut que donner des renseignements beaucoup trop tardifs ; on devra donc *pour obéir aux règles de la prudence, dont l'emploi de la machine ne saurait affranchir,* suspendre l'inhalation et au besoin recourir aux moyens ordinaires propres à ranimer la respiration dès que celle-ci aurait subi des perturbations capables d'inspirer des craintes, soit pour une raison soit pour une autre.

Il y a avantage pendant l'inhalation à incliner soit à droite, soit à gauche la face du malade ; toute flexion de la tête sur le tronc doit être évitée : M. le professeur Panas recommande pour les opérations faites sur les yeux, de placer un cylindre de crin sous la nuque afin de renverser légèrement la tête en arrière.

(2) Remarque. — A ce moment, la pupille se contracte ordinairement (elle reste contractée tant que dure l'anesthésie complète, une dilatation progressive annonce le réveil, si la dilatation s'effectuait brusquement en pleine période d'insensibilité, il y aurait menace d'accident et l'on devrait suspendre immédiatement l'inhalation.

Les nausées ne se produisent pas ordinairement avec les mélanges titrés ; dans deux ou trois cas seulement elles se sont montrées chez des individus dont l'estomac était gorgé d'aliments ou chez lesquels on avait suspendu momentanément l'inhalation. En continuant l'inhalation, on supprime en général rapidement toute menace de vomissement.

4° Quand l'anesthésie est profonde, on donne le mélange à 8 p. 100 en substituant au godet portant le n° 10 celui qui porte le n° 8 et cela sans interrompre le jeu de la manivelle : on fait faire deux courses complètes au piston ;

5° Quand l'anesthésie devra être de longue durée, on l'entretiendra en remplaçant le godet n° 8 par le godet n° 6 qui ne donne que la quantité de chloroforme strictement nécessaire pour maintenir l'anesthésie.

On se trouve ainsi placé dans des conditions extrêmement favorables puisque l'on peut obtenir une anesthésie continue et régulière avec une dose minima si faible qu'elle serait insuffisante pour provoquer d'emblée l'anesthésie complète.

Applications spéciales

En dehors des avantages généraux que présente la méthode des mélanges titrés, son application peut rendre les plus grands services dans des circonstances où tout autre procédé serait impraticable ou insuffisant.

La possibilité d'entretenir une anesthésie continue par l'injection du mélange anesthésique dans les premières voies respiratoires, au moyen d'un tube introduit, soit dans la bouche, et jouant alors le rôle d'écarteur des mâchoires et d'abaisseur de la langue, soit dans une des narines si les mâchoires ne peuvent être écartées, facilite considérablement les opérations de *grande chirurgie* pratiquées sur la face, ou celles qui sont plus spécialement du ressort de l'*art dentaire*.

On trouvera dans les comptes rendus du *Congrès d'Ophthalmologie* (1) l'énumération des principaux avantages que la *chirurgie oculaire* peut retirer de la méthode du professeur Paul Bert. On sait que l'un des plus graves inconvénients inhérents à l'emploi de la compresse est la difficulté d'empêcher la production des nausées ou des efforts de vomissement : l'inhalation *continue* d'un mélange titré est le meilleur moyen pour se mettre en garde contre cet accident et contre les surprises dangereuses qui peuvent résulter d'un retour à la sensibilité pendant une anesthésie par tâtonnement.

Mais, s'il est une branche de la médecine dans laquelle la méthode des mélanges titrés soit appelée à combler de regrettables lacunes, c'est à coup sûr celle des accouchements.

En Amérique, en Angleterre, l'application des anesthésiques à l'obstétrique est couramment suivie, et, malgré la grande autorité de Simpson, de Campbell et d'autres grands praticiens qui l'ont érigée en méthode générale, on n'a pas fait encore en France des tentatives suivies pour supprimer les atroces douleurs de l'accouchement. L'inconstance, l'irrégularité des effets obtenus ont été pour beaucoup dans l'abandon où est tombée en France la méthode anglaise. Il est en effet difficile de formuler des règles exactes avec le procédé de la compresse, ainsi que nous l'avons dit plus haut; en outre, pour l'obstétrique, l'anesthésie doit être poussée jusqu'à un point suffisant

(1) Paris 1883.

pour éteindre la douleur sans provoquer le sommeil : ce point atteint, il faut pouvoir s'y maintenir assez longtemps. L'emploi du mélange titré à 6 p. 100 répond à cette double indication (1).

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 20 Janvier 1885.

Présidence de M. Poinsot, Vice-Président.

La seance est ouverte à 9 h. 1/2.

Lecture par le secrétaire du procès-verbal de la précédente séance qui est adopté après une observation de M. Préterre qui répète que sa pince-cheville supprime l'emploi non seulement de la lime, mais aussi de la scie.

M. le Président. — M. Francis Jean a la parole sur deux cas de réimplantation qu'il opéra à la clinique de l'Ecole Dentaire.

M. Francis Jean. — Messieurs, Mademoiselle Vergne, 23 ans, se présente à nous le 10 Septembre dernier, voici dans quel état nous trouvons sa bouche :

10 *Septembre.* — Douleurs sourdes dues à la deuxième bicuspide droite aurifiée à sa face antérieure et obturée au ciment Poulson à sa partie postérieure. Cette dent a subi le traitement des caries du deuxième degré. Il existe une grosseur sur la gencive au niveau de l'extrémité de la racine ; on diagnostique mortification et décomposition de la pulpe. Débouchage de la dent par sa face postérieure, j'ouvre la chambre pulpaire et dégage le canal infecté et humide.

Du 15 *au* 30 *Septembre.* — Tous les deux jours, traitement antiseptique du canal par l'iodoforme et l'acide phénique sans changement appréciable de la grosseur, quoique des badigeonnages de teinture d'iode et d'aconit fussent pratiqués simultanément.

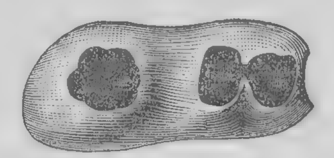
La réimplantation de cette dent est décidée.

1er *Octobre*, 9 *h.* 1/2. — Après l'essai du petit appareil de rétention, j'entrais la dent dont la racine est bien blanche, cependant l'extrémité présente quelques traces légères de nécrose ; bouchage de l'alvéole par un tampon de coton ; résection du sommet de la racine par la pince coupante, ensuite j'adoucis la partie réséquée à la lime fine ; élargissement à la fraise du canal, nettoyage par des irrigations d'eau tiède alcoolisée à 3 pour cent ;

---

(1) Les expériences récentes faites par M. le Dr R. Dubois, en collaboration avec M. le Dr Doléris, à la clinique d'accouchement de Paris, ont montré que l'on peut également retirer de grands avantages de l'analgésie locale produite par l'application de la cocaïne sur les voies génitales pendant le travail de l'accouchement.

durant le travail, la dent est baignée tous les quarts d'heure et tenue dans un linge humide. Dessèchement intérieur de la dent par l'aïr chaud ; obturation du canal par l'oxychlorure de zinc, puis aurification. La préparation est terminée à 11 h. 35. La dent est replongée dans l'eau alcoolisée jusque-là maintenue tiède ; je débouche l'alvéole et pratique quelques irrigations, (toujours d'eau alcoolisée), qui firent sortir du sang ; je replace la dent, puis badigeonnages de teinture d'iode et aconit, ensuite je mets en place l'appareil.



Appareil de maintien pouvant s'enlever à volonté.

11 *h.* 45. – On prescrit à la malade des badigeonnages de teinture d'iode et aconit toutes les deux heures.

2 *Octobre.* — Léger gonflement de la joue, souffrances presque nulles. J'ai retiré l'appareil pour nettoyer les dents et les gencives au moyen d'un tampon de coton imbibé d'alcool ; continuation du traitement.

5 *Octobre.* Fluxion complètement disparue. La personne ne ressent aucune douleur ; on supprime les badigeonnages ; l'appareil n'est porté que pendant les repas.

10 *Octobre.* — L'appareil n'est plus porté, la mobilité de la dent est diminuée sensiblement, bon aspect de la gencive ; la mastication est supportable.

15 *Octobre.* — Etat aussi satisfaisant que possible.

20 *Octobre.* – Solidification parfaite ; la personne n'en fait point de différence de ses autres dents.

Guérison après 20 jours.

N° 6709 du livre de clinique.

Même personne.

1er *Décembre.* – La patiente depuis longtemps souffre d'une canine supérieure gauche aurifiée, dont la pulpe et le nerf auraient été extirpés ; le canal, après traitement d'usage, aurait été obturé par du bitume de Judée. Sensibilité au niveau de l'extrémité de la racine. On prescrit des badigeonnages de teinture d'iode et aconit deux fois par jour pendant une semaine.

8 *Décembre.* — Point d'amélioration, je débouchais la dent ; après dégagement du canal, il s'écoule un liquide infect ; irrigations répétées au Pierenaugon de potasse, le canal est laissé débouché, sauf pendant les repas.

10 *Décembre.* — Légère amélioration, traitement du canal par les antiseptiques jusqu'au 20 courant ; tous les deux jours renouvellement des pansements ; la dent paraissant dans un état satisfaisant, j'obture le canal avec le ciment de Guillois, mais le lendemain une poussée inflammatoire survint avec fluxion ; je débouchais le canal et un écoulement purulent s'éffectua ; l'on décida alors la réimplantation.

22 *Décembre* 9 *h.* 3/4. — Essai de l'appareil ; extraction de la dent, dont la racine est légèrement exostosée ; bouchage de l'alvéole ; résection de l'extrémité de la racine ; nettoyage du canal et obturation au ciment Godart, puis aurification, comme précédemment, la dent est maintenue dans un

linge humide; je débarrasse l'alvéole du tampon, puis je pratique des irrigations d'eau alcoolisée; la dent est ensuite replacée, badigeonnages de la gencive par l'iode et aconit, puis l'appareil est mis en place.

11 *h.* 10. — Le travail est terminé.

Des applications de teinture d'iode et aconit toutes les deux heures sont prescrites, de même que de la glace écrasée *dans le cas de souffrances.*

23 *Décembre.* — Nous n'observons qu'une simple rougeur de la joue; la personne n'ayant point souffert notablement, elle n'a employé les badigeonnages qu'une seule fois; je retire l'appareil pour le nettoyage, comme je l'avais fait pour l'autre; l'appareil est supprimé entre les repas.

25 *Décembre.* — Etat aussi satisfaisant que possible. La personne dit ne point souffrir: légère mobilité de la dent.

4 *Janvier.* — Solidité complète et guérison après treize jours.

La malade est examinée par tous les assistants qui admirent les bons résultats de la double opération.

M. le Président. — Au nom de la Société, je remercie M. Francis Jean de son intéressante communication.

M. Francis Jean. — Tout l'honneur de mon succès revient de droit à M. le Professeur Levett, car les opérations ont été faites sous ses yeux et suivant ses conseils. (Applaudissements.)

M. Chauvin. — J'ai le regret, Messieurs, de vous dire que je ne puis faire ma communication, n'ayant pas pu amener mon malade, je pense qu'elle perdrait de son intérêt à être faite à cette séance.

M. le Président. — M. Baratoux a la parole pour une communication relative à la constriction des mâchoires.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA CONSTRICTION DES MACHOIRES.

A la dernière réunion de la Société d'Odontologie, M. Dubois a fait l'histoire de la constriction des mâchoires. Après avoir retracé les diverses causes qui pouvaient déterminer ce phénomène, il a cité les différents moyens employés pour vaincre cette contraction temporaire ou permanente.

Parmi les causes qui produisent cette lésion, il en est une que je ne crois pas avoir été signalée par M. Dubois. Le fait suivant, tout en indiquant la cause, montrera que celle-ci peut en même temps déterminer des troubles du côté des organes voisins de la cavité buccale.

Le 25 *Juillet* 1879, un enfant de 7 ans, ayant dans la bouche un tuyau de pipe noire se heurta violemment contre un mur. Le tuyau se brisa et la partie engagée dans la cavité buccale pénétra jusqu'à une certaine pro-

fondeur dans les parties molles situées à l'union des branches horizontale et verticale du maxillaire inférieur droit. Cette blessure ne fut pas suivie d'hémorrhagie, mais l'enfant eut aussitôt une salivation abondante en même temps qu'une douleur assez vive qui ne se calma que dans la soirée. A partir de son accident, il lui fut impossible d'ouvrir la bouche : c'est à peine si on pouvait y introduire l'extrémité d'une cuillère à café.

Les parents ne croyant pas que l'enfant eût autre chose qu'une érosion de la muqueuse, n'appelaient pas le médecin.

Le lendemain, l'enfant n'ouvrait pas davantage la bouche ; il se plaignait d'une légère douleur qu'exagéraient les mouvements de la mâchoire, aussi ne put-il prendre qu'un biscuit trempé dans du vin. On ne constate aucune tuméfaction de la région. Le soir, il eut de la fièvre et du délire.

Le jour suivant il prit un potage et du lait, mais ne put manger aucun aliment solide, cependant la douleur avait disparu. Les parents s'aperçurent qu'il s'écoula subitement de la bouche un liquide jaune verdâtre qu'ils évaluèrent à la contenance d'un verre à liqueur, et quand on appuyait sur la région parotidienne droite, le pus sortait en plus grande abondance par l'ouverture buccale.

A la suite de l'ouverture spontanée, de cet abcès, l'enfant put prendre de la viande. L'écoulement purulent parut s'arrêter, mais le malade eut encore de la fièvre pendant 2 à 3 mois.

Depuis cette époque, il ouvrit la bouche, mais les arcades dentaires ne s'écartaient que de quelques millimètres.

Vers le 12 *Septembre*, les parents virent que la région pterygo-maxillaire était légèrement enflée, les jours suivants cette partie augmenta encore de volume.

Nous voyons l'enfant le 25 du même mois. Il ne se plaint plus de douleurs, il n'a plus d'écoulement ; mais il a de la difficulté à ouvrir la bouche, au point qu'il ne peut manger qu'en se servant d'une cuillère à café.

A l'examen de la cavité buccale, nous constatons à l'union des branches du maxillaire, sur la partie alvéolaire éclot, un bourgeon charnu de la grosseur d'une noisette ; à sa partie supérieure est une ouverture fistuleuse dans laquelle j'introduis un stylet qui se dirige en bas et en dehors jusqu'à une profondeur d'un centimètre et demi, là je sens le contact d'un corps dur et résistant.

La région parotidienne est tuméfiée, le ganglion face auriculaire, ainsi que les ganglions de la partie latérale droite du cou, ont le volume d'un haricot.

Le lendemain l'enfant revient avec un écoulement purulent de l'oreille droite. Il n'a eu aucune douleur de ce côté. Je constate une perforation de la partie postéro-inférieur du tympan.

Je lui touche son bourgeon de la bouche avec une solution de perchlorure de fer et je lui donne un traitement approprié pour l'affection de l'oreille et l'hypertrophie de ses ganglions.

Le 4 Octobre, l'écoulement avait presque cessé et la tuméfaction de la région parotidienne avait diminué, mais à la suite d'un refroidissement, l'écoulement augmenta.

Le 15 Octobre la bouche s'ouvre plus facilement, il y a un mouvement de 6 millimètres entre les arcades dentaires. Le seul traitement consistait

en attouchement du perchlorure de fer 2 ou 3 fois par semaine que nous continuons jusqu'à la fin du mois, époque à laquelle le bourgeon charnu disparaît laissant à sa place une ouverture fistuleuse.

Les parents négligent le traitement de l'oreille, il se développe dans le conduit, un polype que je dois exciser à plusieurs reprises.

Ayant répété l'examen de la bouche vers le 15 février 1880, j'aperçus par l'ouverture agrandie par suite des attouchements au perchlorure de fer, un petit corps noir que je supposai être le morceau de pipe ; je ne pus le faire remuer. Le lendemain ayant introduit un stylet très fin entre les parties molles et le corps étranger, je fis sortir une assez grande quantité de pus fétide. Les deux jours suivants je recommencai la même manœuvre avec un stylet de trousse en essayant de faire remuer ce corps étranger ; et le troisième jour je parvins à le retirer. C'était bien un tuyau de pipe noire ; il avait trois centimètres de long et cinq millimètres de diamètre.

L'enfant se gargarisa avec une solution de chlorate de potasse et trois jours après la plaie était cicatrisée. Pendant ce temps la suppuration de l'oreille était tarie, et le polype détruit ; le tympan était même cicatrisé — de sorte que le 26 février, l'enfant était complètement guéri de sa bouche, de son polype du conduit auditif et de sa perforation du tympan.

Le tuyau de pipe avait suivi la face externe du maxillaire, était parvenu jusqu'à la frise pteryzo-maxillaire, avait déterminé l'inflammation des parties voisines, par suite celle dela trompe d'Eustache et consécutivement celle de l'oreille moyenne. La suite de la suppuration de cette dernière, le tympan s'était rompu et le pus en irritant le conduit avait déterminé le polype.

Mais plus tard, le corps étranger étant enlevé, l'inflammation avait disparu : la bouche, la trompe d'Eustache, la caisse du tympan étaient revenus à leur état normal, et malgré cette constriction des mâchoires d'une durée de 7 mois, aucune altération ne s'est produite du côté des muscles.

J'ai eu récemment l'occasion d'observer un deuxième cas de constriction des mâchoires, celui-ci dû à une cause toute différente :

Une dame X..., âgée de 34 ans, m'est adressée par un de mes confrères qui la traitait pour des accidents du côté des yeux.

Il y a 20 mois, à la suite d'une névralgie dentaire droite, cette malade fut prise de constriction des mâchoires qui persiste encore aujourd'hui.

En effet, c'est à peine si je puis lui introduire un abaisse-langue. Je constate qu'une vaste ulcération occupe l'angle de la mâchoire droite ainsi qu'une partie de la joue, au niveau de la dernière molaire supérieure qui se présente sous un aspect noirâtre de ce côté.

La malade est atteinte en même temps de troubles de la voix depuis deux mois. Elle ne peut parler qu'à voix basse. L'expectoration est abondante ; elle a rendu quelques crachats sanguinolents.

Comme elle ouvre à peine la bouche, je ne réussis qu'à introduire un petit miroir laryngien qui me permet d'apercevoir quelques plaques muqueuses sur le bord de l'épiglotte.

Au reste, l'ulcération de la bouche est de même nature, mais en faisant

un examen plus approfondi, on voit que près de la molaire supérieure, la muqueuse qui recouvre l'arcade dentaire, est profondément ulcérée.

Nous engageons la malade à se faire extraire la grosse molaire supérieure, et le soir même elle va consulter un dentiste qui procède à l'extraction.

Deux jours après, la malade revient à notre clinique et nous remet sa dent qui présente une coloration noire du côté de la joue, par suite des cautérisations au nitrate d'argent qu'on lui a faites précédemment. A l'extrémité de sa racine on constate de l'hyperostose.

De plus, nous voyons que la bouche s'entr'ouve avec assez de facilités pour permettre l'introduction d'un miroir ordinaire.

Au bout de 5 à 6 jours, la constriction a complètement cessé, et les ulcérations ont disparu sans aucun traitement autre qu'un gargarisme au borate de soude.

Cette observation est intéressante en ce sens qu'une constriction de 20 mois n'a pas déterminé de troubles du côté des muscles, puisqu'en quelques jours la guérison était complète. Nous ne pensions pas obtenir un résultat aussi favorable ; nous avions cru d'abord qu'il eût été peut-être utile d'employer les courants continus pour rendre aux muscles leur fonction normale.

De plus, il est bon de signaler qu'une ulcération de nature spécifique a disparu rapidement sans aucun traitement local, autre qu'un gargarisme au borate de soude par suite de l'extraction de la dent qui semblait ainsi entretenir cette vaste ulcération.

Enfin remarquons que, dans d'autres cas, c'est la grosse molaire supérieure qui a produit la constriction, les auteurs disant que c'est l'exception, car, généralement ces troubles sont dus à la molaire inférieure.

M. Dubois. — Messieurs, la communication intéressante de M. le Dr Baratoux peut nous servir à élucider cette grave question, la constriction permanente engendre-t-elle une altération du tissu musculaire? Dans le dernier cas cité, la constriction était ancienne et la suppression de la cause, l'extraction de la dent, ramena presque immédiatement la mobilité de l'articulation; il n'en fut pas de même dans les cas que j'ai cités et l'explication est peut-être dans l'amélioration de l'état général du sujet, le traitement de la diathèse a pu influencer favorablement le malade. Il est évident que, si la constriction ancienne ne donne pas lieu à une dégénérescence des muscles intéressés, la thérapeutique en serait modifiée et les modificateurs nerveux seraient, dans nombre de cas, les agents principaux à employer. Il est très heureux que des médecins veuillent bien nous apporter les faits intéressants de leur pratique personnelle, et j'espère que cette collaboration sera des plus fécondes.

M. Baratoux — Au point de vue thérapeutique, je signalerai l'emploi de l'électricité, surtout les courants continus. Un de ses promoteurs en fit l'objet d'une communication à la société médicale de Vienne.

M. le Dr Levett présente un injecteur à jet continu dont il se sert pour déterger les canaux dentaire.

Cet injecteur se compose d'un flacon à deux tubulures et d'une soufflerie semblable à celle de l'appareil Richardson. Le flacon étant rempli, on met la soufflerie en mouvement; l'air pénétrant par l'ouverture supérieure fait pression à la surface du liquide qui s'échappe par un tube de caoutchouc plongeant au fond du vase; l'extrémité du tube se termine par une canule très fine et recourbée.

M. Poinsot. — Je me sers quelquefois aussi d'un injecteur à jet continu. Je veux parler de l'appareil à aqua-poncture, sa puissance de projection est telle, qu'elle permet l'ouverture d'un abcès; mais cet appareil a l'inconvénient d'être embarrassant et beaucoup moins portatif que celui de M. Levett.

M. le Président. — M. Viau doit nous présenter plusieurs dons qu'il a reçus pour le musée de l'École dentaire.

M. Viau. — Je vous montrerai d'abord un cas d'éruption tardive; M. Richer de Vernon accompagne sa petite note du moulage de bouche.

M. X..., 56 ans, à l'âge de 46 ans possédait toutes ses dents, moins la canine inférieure gauche, qu'il n'avait jamais eue, c'est à cet âge qu'elle commença à paraître entre les incisives médianes. Depuis, M. X... a perdu une incisive latérale, ce qui n'a modifié en rien la position anormale de cette canine qui n'est pas une dent supplémentaire, mais bien la canine qui aurait dû sortir à gauche et qui, probablement parce qu'elle n'a pas trouvé de place au moment de son évolution, a parcouru ce trajet pour sortir au milieu. M. X... affirme n'avoir jamais éprouvé aucune gêne, ni douleur dans la mâchoire.

Voici maintenant le moulage d'une perforation palatine, puis celui d'une mâchoire supérieure qui montre deux dents canines supplémentaires, puis un atlas d'anatomie offerts par le même donateur.

Enfin, Messieurs, pour terminer, voici un maxillaire infé-

rieur envoyé par M. Müller de Colmar. Ce maxillaire aurait appartenu à un jeune guerrier de l'époque romaine. Je vais vous donner lecture des renseignements qu'a fournis M. Herrenschneider sur les fouilles qu'il pratique depuis trente ans et auxquelles nous devons cette mâchoire.

« Argentovar (Horbourg) était une forteresse gauloise « située sur la rive gauche de l'Ill ; tout près de cette « ville, Jules César battit Arioviste, chef des Suèves, 58 ans « avant Jésus-Christ. Les romains l'ont nommée Argentoraria « et en ont fait une forteresse dans le style romain en « employant la chaux que les Celtes ne connaissaient pas « encore. En 378 après Jésus-Christ, Priarius, roi des Lentiens « a été battu tout près de cette ville par l'empereur Gratien. »

Argentoraria a été détruit lors de l'invasion des barbares par les vendales en 407. Après sont venus les Francs sous Clovis, roi mérovingien.

L'emplacement où les fouilles ont lieu actuellement, était environ au milieu du castrum romain. M. Herrenschneider en a trouvé le pourtour entier du mur d'enceinte, avec 8 tours et 2 portes, dont l'une est en partie conservée.

L'année passée, M. Herrenschneider, a trouvé, entre autres antiquités romaines, l'inscription suivante :

D. M. (Dis Manibus)	AUX DIEUX MANES
PRITILLIUS BANUONIS	PRITILLIUS, FILS DE BANUON
NATALIS LUTONIS	NATALIS, FILS DE LUTON
D. S. (de sus)	DE SES PROPRES FONDS
Dona vit	LUI A VOUÉ CE MONUMENT.

M. Herrenschneider a trouvé en outre 14 sarcophages, dans l'un il y avait des filigranes d'or, dans un autre une bague en or avec grenat brun, et une cassolette à encens en or massif pesant 30 grammes et ayant encore un parfum exquis. Ces sarcophages se trouvent près de l'entrée d'un bâtiment romain, qui a 14 mètres de long sur 10 de large. C'est sur les ruines d'Argentoraria que s'est élevé un village et un château qu'on a nommé Horbourg. Il n'y a plus guère de doutes sur l'âge des squelettes qu'on a trouvés. J'ai aussi un crâne de même provenance qui est très curieux : l'occiput est tellement large et le frontal étroit que le partie supérieure

a la forme d'un cœur, les pommettes sont très prononcées et la cavité orbitaire est presque carrée , je la tiens à la disposition du Musée, ainsi que quelques autres assez instructifs comme anatomie comparative. Ce maxillaire inférieur qui est destiné au Musée est énormément grand, comparativement à ceux de la race actuelle et ne manque pas d'intérêt.

Sur environ 1,000 maxillaires inférieurs provenant d'un ancien cimetière du XIIe siècle, tout près de l'endroit des susdites fouilles et sur le nombre considérable des dents cariées qui s'y trouvaient, je n'ai pu découvrir une seule aurification ni aucun plombage.

M. Dubois. — Messieurs, le maxillaire qu'on nous présente est très intéressant au point de vue anthropologique et le développement de son arcade semblerait indiquer qu'à cette époque le maxillaire avait un développement que nous n'observons plus ; tout au moins dans notre monde civilisé. Les molaires de sagesse sont aussi fortes que les deuxièmes molaires. Si le maxillaire que nous avons sous les yeux n'est pas une exception, s'il est d'origine européenne, on peut en déduire que la race caucassique a possédé un système dentaire analogue à ce qu'on constate actuellement chez les races inférieures. Des études comparatives dans cette direction serviraient beaucoup la théorie et la pratique et il est à souhaiter que les dentistes s'en occupent désormais. Nous avons souvent à lutter contre l'atrésie des maxillaires et nombre d'affections dentaires en sont la conséquence. S'il était prouvé que le peu de développement des os soutenant les arcades dentaires est un phénomène relativement récent, — quelques siècles, — cela serait une raison de plus de changer notre genre de vie et de nous soumettre à des conditions analogues à celui qui porta ce maxillaire, car, tout au moins au point de vue du système dentaire, il était parfait et nos contemporains sont moins bien partagés.

Dans un autre ordre d'idées, qui pourtant a quelque rapport avec celui-ci, puisqu'il s'agit d'archéologie odontologique, je vous signalerai une découverte intéressante d'un de nos confrères de Rome, M. Van Marter qui vient de nous donner la description de deux mâchoires, l'une d'origine romaine,

l'autre, dit-il, d'origine étrusque ? avec des dents artificielles. Il y a longtemps que des faits semblables ont été articulés, pourtant, les spécimens, les preuves irréfragables manquaient. Je sais qu'il existe deux dents artificielles, d'origine antique au musée de Liverpool je n'en connais pas la forme.

Il est heureux que M. Van Marter nous ait donné la reproduction du travail de notre confrère de jadis. Ce sont là des faits indiscutables, et l'histoire de notre art y reçoit une contribution importante. Nous reproduirons dans l'*Odontologie* les parties essentielles de la communication de M. Van Marter, ainsi que les dessins de ces dents artificielles.

M. Poinsot. — Je suis certain que le remplacement des dents se pratique depuis très longtemps ; maints écrits en font foi, il y est parlé des matrones avec leur ratelier d'ivoire.

Quant à la cause de la dégénérescence de notre système dentaire, je l'attribue à l'état actuel de notre civilisation. Je pense que l'extraction prématurée des dents peut être aussi une cause de nanisme ; et je me fais toujours un scrupule d'arracher une dent mal placée et j'essaie par tous les moyens possibles de la conserver.

M. Dubois — Je partage absolument l'avis de M. Poinsot et sur ce point nous sommes en contradiction avec l'opinion de Tomes qui affirme que l'extraction prématurée des dents n'influence en aucune façon le développement ultérieur de l'arcade dentaire.

MM. Chauvin, Meng et Préterre combattent l'opinion de M. Poinsot, se basant sur ce que bien des opérations attaquant très profondement certains organes, n'ont jamais amené l'atrophie ou un amoindrissement quelconque du même organe chez les descendants de l'opéré.

M. Préterre. — Au sujet des obturations, je crois qu'il ne faut pas être étonné qu'il n'en ait été trouvé aucune trace sur les dents des maxillaires provenant des fouilles de Horbourg ; les Egyptiens paraissant avoir été les premiers à pratiquer l'obturation des dents ; on a trouvé de l'or dans les dents des momies.

M. Poinsot. — Je pense qu'il faut attribuer la présence de l'or sur les dents des momies à la coutume qu'avaient les

Egyptiens de dorer les dents des personnages importants quand ils étaient morts. Il a été constaté que l'or était appliqué en une couche très mince et sans laquelle il n'y avait aucune trace de carie.

M. Trallero présente le moulage d'une mâchoire supérieure sur laquelle il a placé deux dents à pivot. Il pense que sa communication a quelque intérêt relativement au mode de fixation du pivot dans la couronne Bonwil. Il procède de la façon suivante : Le tube Godart étant scellé par les moyens habituels, le pivot et la couronne artificielle sont placés sur la racine et scellés ensemble au moyen d'une aurification par l'or adhésif ; l'avantage d'exécuter dans la bouche la fixation du pivot à la couronne consiste en ce que l'opérateur est toujours certain d'avoir une dent bien en place.

M. Chauvin. — Je ferai remarquer que j'ai déjà indiqué dans une communication antérieure, ce mode de fixer les dents à pivot. J'ai montré ici des couronnes fixées au Poulson, mais j'ai ajouté qu'on pouvait le faire avec de l'or et, depuis, je l'ai exécuté et plusieurs confrères, ici présents, peuvent en témoigner.

M. Trallero a eu l'idée de fixer le pivot à la couronne dans la bouche du patient, mais je soutiens qu'en mettant un autre tube dans le moulage le scellement sur celui-ci sera aussi exact.

M. Préterre. — Je crois que ce mode de fixation du pivot n'est pas pratique, car souvent on ôtera toute solidité à la couronne par suite de l'amincissement qu'on lui fera subir pour appliquer le métal.

M. Poinsot fait ressortir l'idée ingénieuse qu'a eu M. Trallero de fixer le pivot à la couronne dans la bouche du patient, en agissant ainsi, l'opérateur sera toujours certain d'avoir une dent exactement placée et par suite d'éviter de refaire le travail.

M. Chauvin. — J'ajouterai que je ne procède pas tout à fait comme M. Trallero ; je n'applique l'or qu'aux deux extrémités du tube de la couronne, le milieu étant rempli par le ciment Pou'son ; l'or a pour but de protéger le ciment contre l'action chimique des liquides de la bouche.

M. le Président. — M. Vigier m'a prié de vous présenter

un modèle de seringue qu'il fit faire sur ma demande, cette seringue rendra de grands services à nos malades en leur permettant de faire eux-mêmes les injections que le dentiste ordonne souvent pour certaines affections des alvéoles. La seringue est en verre avec une canule très fine et courbe.

M. Vigier en offre deux à l'École Dentaire.

M. Poinsot. — Je vous présente les moulages d'un cas de redressement tardif, assez curieux.

Une jeune dame de 26 ans, à la suite de deux grossesses eut une forte gingivite, le dentiste qu'elle consulta, avait l'acide chromique en grande estime et en fit l'application.

A la suite de ce traitement, la maladie s'aggrava au point que la mastication devint impossible, la conséquence de cet état fut un déplacement des dents, ce déplacement fut tel pour l'incisive supérieure droite, que cette dent passa en dedans des incisives inférieures correspondantes qui, elles-mêmes, furent projetées en dehors.

Plus tard, l'état des gencives s'étant amélioré, cette jeune dame alla demander successivement à plusieurs dentistes de régulariser ses dents ; ce fut en vain. C'est alors qu'un de mes bons amis, médecin des hôpitaux, me l'amena.

J'hésitais à entreprendre ce redressement et je fis part au médecin de ma cliente des raisons qui me faisaient douter du résultat, entre autre la difficulté de faire accepter un appareil pour obtenir l'écartement des mâchoires. Celui-ci insista pour que je fis l'appareil, me disant qu'il emploierait toute son influence pour engager la malade, qui a grande confiance en lui, à suivre le traitement que j'indiquerais.

Je fis donc l'appareil ordinaire pour ces sortes de déviations et je fus assez heureux d'obtenir au bout de six mois un résultat tout à fait satisfaisant. Je me félicitais d'autant plus de ce résultat qu'à la fin de ce travail cette personne commençait une nouvelle grossesse, et qu'elle peut maintenant se servir de ses dents pour mastiquer, point très important à cette époque de la gestation (1).

---

(1) L'appareil fut fait en celluloïd ; cette matière n'est recommandable que par sa couleur qui flatte l'œil et est par suite plus facilement acceptée par les dames et les enfants...

M. le Président. — Le scrutin est ouvert pour la nomination du bureau pour 1885.

M. Lecaudey est élu président au second tour, tous les autres membres du bureau sont réélus dans leurs fonctions.

La séance est levée à onze heures.

Le Secrétaire des séances,
L. BIOUX.

REVUE DES JOURNAUX

ÉTUDE SUR LA SUEUR ET LA SALIVE DANS LEUR RAPPORT AVEC L'ÉLIMINATION (1).

La salivation et la sudation sont, on le sait, deux voies d'élimination pour les produits de désassimilation de l'organisme ; mais leur puissance, sous ce rapport, est bien peu considérable si on la compare à celle de l'urine et de la bile, qui sont la véritable porte de sortie pour les déchets de l'économie. Néanmoins on avait pu espérer, dans les cas où ces deux dernières voies viendraient à être supprimées pathologiquement, rétablir l'équilibre en favorisant l'hypersécrétion sudorale et salivaire. C'est ainsi que dans l'urémie, dans l'anurie, certains thérapeutes avaient eu recours au jaborandi ou à son principe actif, la pilocarpine, qui sont des agents à la fois sialagogues et sudorifiques.

Dans quelle mesure cette idée théoriquement logique a-t-elle été féconde en résultats ? Dans quelle mesure, la sueur et la salive peuvent-elles être considérées comme voies d'élimination des principes formés dans l'économie ou de ceux qui y ont été introduits accidentellement soit dans un but expérimental, soit dans une intention thérapeutique ? Telles sont les questions intéressantes que M. Binet a voulu résoudre dans sa thèse inaugurale. On peut dire que si l'auteur n'a pu éclaircir complètement ce point si plein d'obscurité et d'incertitude, il a du moins su tirer, de ses expériences nombreuses et fort bien menées, des conclusions qu'il importe de retenir.

(I) Binet, Thèse de Paris, 1884. — Analysé dans la *Revue Médicale*, 7 juin 1884, t. I, p. 795.

Il a établi, en effet, que l'urée passe dans la sueur et la salive, mais en faible quantité, si bien que cette voie d'élimination est trop restreinte pour être utilisée avec succès dans le traitement de l'urémie, d'autant plus qu'alors il est souvent difficile de provoquer la salivation et la sudation. Il convient même d'ajouter que dans ces conditions, après la suppression des fonctions du rein, l'emploi de la pilocarpine n'a pas toujours été sans danger.

Dans quelques cas d'anurie et d'urémie, on a vu se déposer à la surface de la peau une efflorescence cristalline, blanchâtre, constituée en majeure partie par de l'urée. M. Dieulafoy a observé ainsi, sur le front de certains albuminuriques ces efflorescences auxquelles on a donné le nom de *givres d'urée*.

Cette élimination spontanée de l'urée que l'on serait, *a priori*, tenté de regarder comme *critique* et d'un favorable augure ne se produit en réalité que dans la période ultime et même agonique de la maladie.

L'acide urique, même chez les goutteux, ne paraît pas passer dans la sueur, ou tout au moins ne s'y montrerait qu'à l'état de traces. Il a été remplacé dans quelques cas par l'oxalate de chaux.

M. Binet n'a jamais vu dans ses expériences les matières colorantes de la bile passer dans les sueurs des ictériques. Il en est de même du sucre qui passe difficilement et dans la sueur et dans la salive des diabétiques. On ne peut y déceler sa présence que chez ceux dont l'élimination quotidienne du sucre par les urines atteint un chiffre très élevé.

« Nous n'avons pas vu d'albumine dans la sueur, ajoute M. Binet, ni constaté l'augmentation de l'albumine normale de la salive chez les malades atteints d'albuminurie de causes diverses : albuminurie brightique, albuminurie par dégénérescence rénale, albuminurie consécutive à la néphrite aiguë, albuminurie de la fièvre typhoïde, albuminurie des cardiaques. La quantité d'albumine trouvée dans la salive a généralement varié de 0,08 à 0,12 p. 0/0.

« Après injection d'acide benzoïque, nous avons observé une élimination d'acide hippurique par la salive. Ce fait s'ajoute à d'autres pour combattre la théorie rénale de la formation d'acide hippurique.

« Nous avons décelé le passage dans la salive et dans la sueur de plusieurs substances introduites du dehors, et plus particulièrement le brome, l'iode, l'acide salicylique, l'arsenic, le mercure. Le fer passe difficilement dans la salive et ne paraît pas passer dans la sueur. »

On peut constater des traces de plomb dans la sueur et dans la salive des saturnins. Mais il est nécessaire de faire des réserves sur la provenance de ce plomb. Il paraît, en effet, venir bien plutôt de l'imprégnation buccale et cutanée du plomb que de l'élimination de ce métal par la sueur et la salive.

Le passage de ces derniers corps paraît, en général, plus facile dans la salive que dans la sueur ; mais les quantités éliminées sont toujours si faibles qu'il ne faudrait pas compter sur ce mode d'élimination en cas d'accidents.

L'HONNEUR PROFESSIONNEL

On nous communique une lettre imprimée que nous reproduisons textuellement plus loin. Son auteur appartient à l'Institut Odontologique.

Monsieur le Docteur,

Je suis heureux de pouvoir vous informer que je tiens à votre disposition la somme de provenant de la remise de vingt-cinq pour cent sur les clients que vous avez bien voulu m'adresser.

En attendant que j'aie l'occasion de vous envoyer un avis semblable, je vous prie d'agréer, Monsieur le Docteur, avec mes remerciements pour l'honneur que vous m'avez fait, mes plus respectueuses civilités.

Dans le cas ou vous n'auriez pas fait toucher cette somme avant la fin de l'année, je me permettrai de vous le faire parvenir.

Dentiers partiels en or et en Caoutchouc, de **30** à **600** francs.
Dentiers complets en or et en Caoutchouc, de **400** à **1,200** francs.
Aurifications de **20** à **60** francs.
Obturations (Vulgo plombage) pâte métallique et ciment de la teinte des dents de **10** à **30** francs.
Extractions sans douleur par le protoxyde d'azote avec le concours d'un Docteur Médecin spécialiste.

M. Dechambre s'est occupé de cette question à plusieurs reprises au mot *Déontologie* du dictionnaire encyclopédique, il dit (p. 566, tome XXVIIe) : « que quiconque est jaloux de « l'estime publique et de la dignité de l'art, doit aujourd'hui « refuser, à quelque titre, sous quelque prétexte et dans « quelle mesure que ce soit, toute participation aux honoraires « des chirurgiens ou des médecins consultants ».

A plus forte raison du dentiste, surtout quand il n'y a pas eu traitement en commun.

La conséquence de ce système de « rabattage, de pourvoyage » serait désastreuse pour la pratique et l'honneur de ceux qui tiennent la santé et parfois la vie de leurs semblables dans leurs mains, et nous espérons que l'auteur de cette lettre a calomnié ceux à qui il s'adressait.

NOUVELLES

UN SERVICE DENTAIRE MUNICIPAL A ROUEN.

L'énormité du mal, rend le remède impérieux. Ceux qui connaissent la normandie et le système dentaire des normands, comprendront l'immense service que la municipalité de Rouen vient de rendre en organisant un service dentaire municipal. L'honneur de cette innovation, revient aussi à notre ami et distingué confrère M. Bugnot D. E D. P., qui s'est fait l'avocat de cette création auprès de l'administration rouennaise.

Les préoccupations d'hygiène, le souci de la santé publique, de l'avenir de la race devant entrer désormais dans la sphère d'action gouvernementale.

Le Conseil municipal de Paris l'a compris en honorant l'École dentaire de Paris de ses encouragements et de sa sympathie. Le Conseil municipal de Rouen et le Préfet de la Seine-Inférieure les suivent dans cette voie: d'autres les imiteront. Il appartient aux nôtres de se faire les initiateurs de cette mesure. Et nous espérons que cette pratique se généralisera. Il est bon pour tout le monde qu'on sache que le rôle du dentiste ne consiste pas seulement à réparer les effets du mal, mais encore à empêcher qu'il ne se produise. Voici l'arrêté du Maire de Rouen.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE. — VILLE DE ROUEN.

ÉCOLES PRIMAIRES COMMUNALES

SERVICE D'INSPECTION DENTAIRE

ARRÊTÉ DU MAIRE DE ROUEN, DU 15 DÉCEMBRE 1884.

Nous, Maire de Rouen, Chevalier de la Légion d'honneur, Officier d'Académie,

Considérant que l'hygiène et la salubrité publique doivent être, de la part de l'Administration municipale, l'objet d'une sollicitude constante ;

Que, parmi les mesures d'hygiène, l'une des plus importantes est celle qui a pour but la surveillance et la direction de la dentition chez les enfants ;

ARRÊTONS :

ARTICLE PREMIER. — A partir du 1er janvier 1885, tout enfant de l'un et l'autre sexe, fréquentant les Ecoles primaires municipales de Rouen, profitera gratuitement du service dentaire spécial organisé dans ces écoles par la Mairie.

ART. 2. — Ce service gratuit comprendra deux inspections annuelles, faites semestriellement, et les opérations jugées nécessaires par le Dentiste.

ART. 3. — La visite semestrielle d'inspection aura lieu dans chaque école ; les opérations seront faites aux Dispensaires de la Ville.

ART. 4. — Les élèves, dans la visite d'inspection, recevront une fiche au dos de laquelle seront inscrits les conseils d'hygiène spéciale, et qui mentionnera sommairement l'état actuel de la bouche, ainsi que les opérations à faire.

ART. 5. — Le choix d'un dentiste, autre que celui des Dispensaires, sera laissé aux parents, qui donneront ou refuseront leur acceptation sur la fiche susdite.

ART. 6. — Dans le cas d'acceptation, les élèves désignés pour recevoir des soins s'inscriront sur une liste *ad hoc*, qui servira de feuille de rendez-vous. Ces enfants seront conduits au jour indiqué, soit par leurs parents, soit par un maître, à la consultation dentaire donnée aux Dispensaires municipaux.

ART. 7. — Pour tout enfant inscrit du consentement de sa famille, l'opération sera obligatoire, à moins d'excuse valable.

ART. 8. — Dans l'intervalle des inspections semestrielles, les Directeurs des écoles pourront envoyer aux Dispensaires les élèves qui auront un pressant besoin des soins du dentiste.

ART. 9. — Le dentiste se concertera pour les jours et heures des inspections semestrielles avec le Directeur de l'école, qui avisera à temps les enfants. Ce dernier ou son suppléant assistera le dentiste pendant la durée de l'inspection et des opérations, et lui prêtera le concours de son autorité pour obtenir des enfants la discipline, ainsi que la soumission nécessaire. Enfin, sur un registre spécial, en regard du nom de chaque enfant inspecté, le Directeur de l'école inscrira l'opération à faire et celle accomplie.

ART 10. — Le présent sera soumis à l'examen de M. le Préfet.

Fait à Rouen, à l'Hôtel-de-Ville, le 15 décembre 1884

Amédée BOUCHET, Adjoint.

Le Préfet de la Seine-Inférieure, Officier de l'Ordre national de la Légion d'honneur, Officier de l'Instruction publique,

Vu l'article 95 de la loi du 5 avril 1884 ;

Autorise l'exécution immédiate de l'arrêté de M. le Maire de Rouen, en date du 15 décembre 1884, relatif à l'organisation d'un service d'inspection dentaire pour les élèves des écoles primaires de cette Ville, sous la réserve toutefois que les visites seront facultatives pour les élèves.

Rouen, le 31 décembre 1884.

Le Préfet de la Seine-Inférieure,
E. HENDLÉ.

Chaque élève reçoit une formule indiquant les dents à soigner. A cela, est joint quelques conseils hygiéniques auxquels nous sommes heureux d'applaudir.

Nous avons à signaler l'apparition de nouveaux journaux dentaires en Europe, l'un en Russie, le *Messager odontologique.* Nous sommes heureux de voir que nos affaires françaises préoccupent le monde dentaire à l'étranger et le premier numéro de ce journal fait un historique très détaillé de la fondation de l'École Dentaire de Paris, il juge en termes sympathiques son organisation et son fonctionnement.

L'éditeur de ce journal, le Dr Sinitzin semble vouloir rivaliser avec les meilleures publications spéciales et nous lui souhaitons le succès qu'il mérite.

L'autre, le *S. Kandinavish Tidsskrift for.* Taudlœger est non moins intéressant. Le vieux monde se réveille et nous espérons que ces nouveaux organes donneront une impulsion nouvelle à l'avancement de notre art.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE. — Le bureau de la Société de biologie est ainsi constitué pour l'année 1885 : Président, M. Paul Bert; Vice-Présidents, MM. Hanot et d'Arsonval; Secrétaires annuels, MM. Henneguy, Larcher, Blanchard et Vignal.

Il existe actuellement aux États-Unis 12,314 dentistes, dont 61 femmes. 432 praticiens sont âgés de plus de 60 ans.

(*Caulh's. Dental annual.*)

CAISSE DE PRÉVOYANCE DES DENTISTES

RÈGLEMENT INTÉRIEUR

But.

ARTICLE PREMIER. — Il est créé par l'Association générale des Dentistes de France, une Caisse de prévoyance.

ART. 2. — Elle prend le titre de *Caisse de Prévoyanoe des Dentistes.*

ART. 3. — Cette création a pour but de venir en aide aux Dentistes que l'âge, les infirmités, la maladie ou des malheurs réduisent à un état de gêne ou de détresse ;

2° de fonder dans l'avenir une caisse de retraite ;

3° de préparer et de fonder les institutions propres à compléter et à perfectionner son œuvre d'assistance ;

4° de pourvoir aux funérailles de ses membres nécessiteux ;

5° de donner un secours à leurs veuves ou à leurs enfants.

Administration.

Art. 4. — La Caisse de Prévoyance est administrée par un comité de cinq membres nommé tous les ans par le Conseil de Direction de l'Association. Le Comité se réunit une fois tous les deux mois, à moins d'affaires urgentes.

Art. 5. — Le Comité choisit dans son sein un président administrateur. Le président préside les séances du Comité, reçoit les demandes et distribue les secours sous le contrôle du Comité qu'il convoque. Il fait tous les ans, au Conseil de Direction, un rapport au nom du Comité, sur l'état de la Caisse de Prévoyance, et l'emploi de ses ressources pendant l'année écoulée.

Ressources et charges.

Art. 6. — Les ressources de la Caisse de Prévoyance se composent :

1° de la somme de 15 p. 0/0 prélevée sur la cotisation annuelle perçue de tous les membres de l'Association ;

2° des dons et legs faits à la Caisse et de toutes les amendes.

3° des subventions accordées à la Caisse par le Gouvernement, les départements ou les communes.

Art. 7. — Les charges de la caisse se composent :

1° Des secours accordés par le Comité conformément aux articles du règlement.

2° Des frais d'administration de la caisse.

Art. 8. — Les fonds ou valeurs appartenant à la Caisse de Prévoyance restent dans la Caisse de l'Association générale, jusqu'à leur emploi sur lequel le Comité de la Caisse de prévoyance est appelé à délibérer chaque trimestre

Art. 9. — Le président du Comité doit toujours avoir à sa disposition une somme de cinq cents francs que le trésorier de l'association générale lui complète à la fin de chaque mois jusqu'à épuisement des ressources de la Caisse. Toutes les sommes appartenant à la Caisse en dehors de ces cinq cents francs, sont placées par le trésorier de l'Association Générale sur des valeurs de l'Etat, ou garanties par l'Etat, conformément à l'avis du Comité. L'intérêt de ces sommes appartient à la Caisse de Prévoyance. Le trésorier de l'Association remet tous les mois au président du Comité un état des ressources de la Caisse de Prévoyance.

Secours.

Art. 10. — Toute demande de Secours doit être adressée au président du Comité d'Administration de la Caisse de Prévoyance, accompagnée en cas de maladie du certificat du médecin.

Art. 11. — Le Comité fait une enquête, et statue sur le droit au secours et sur son importance.

Art. 12. — Les secours accordés ne sont que temporaires ils peuvent être renouvelés.

Art. 13. — Lorsque les ressources le permettront, le Comité pourra créer des pensions viagères dont il règlera l'importance et les conditions après avis du Conseil de direction.

Art. 14. — Les secours fournis par la caisse de prévoyance, le sont, soit à titre définitif, soit à tire de prêt.

Dans ce dernier cas, le prêt ne pourra excéder la somme de deux cents francs. L'emprunteur devra fixer l'époque du remboursement sur un billet fait au nom du trésorier de l'Association générale. (Compte de la caisse de prévoyance.) — La durée de l'emprunt ne pourra excéder un an.

Art. 15. — La caisse de prévoyance peut accorder des secours à des membres de la profession non sociétaires après enquête minutieuse.

Service médical et pharmaceutique.

Art. 16. — Le Comité assure gratuitement aux membres de l'Association dans une position précaire, un service médical et pharmaceutique.

Art. 17. — Les membres qui désirent en profiter doivent écrire au président de la Caisse de prévoyance (le Comité statue sur les demandes).

ART. 18. — Le Comité s'assurera le concours d'un nombre de médecins et de pharmaciens en rapport avec le nombre des demandes.

ART. 19. — Les médecins et pharmaciens sont payés par le Président de la caisse de prévoyance, d'après un tarif établi d'avance et approuvé par le Conseil de direction de l'Association générale.

Décès et inhumation.

ART. 20. — Au décès d'un membre de l'Association Générale résidant à Paris, le président du Comité de la Caisse convoquera un certain nombre de membres, pour assister aux funérailles et représenter la Société.

ART. 21. — Une couronne sera déposée sur la tombe au nom de l'Association.

ART. 22. — Dans le cas où la famille ne pourrait pourvoir aux funérailles du défunt, il sera alloué sur sa demande une indemnité de cinquante francs.

Veuves et enfants.

ART. 23. — Le Comité de la Caisse de Prévoyance pourra également accorder un secours à la veuve ou aux enfants d'un membre de l'Association décédé dans la misère.

ART. 24. — Le Conseil de Direction de l'Association est juge de toutes les contestations qui pourraient être soulevées relativement à l'interprétation du présent règlement.

ART. 25. — Toute proposition tendant à modifier le présent règlement doit être soumise à la ratification du Conseil de Direction de l'Association.

COMITÉ SYNDICAL.

Règlement intérieur.

ARTICLE PREMIER. — L'Association générale des Dentistes de France crée un Comité syndical.

ART. 2. — Le Comité syndical a pour but :

1° de prendre la défense des intérêts des divers membres de l'Association lorsqu'ils sont menacés ;

2° de servir d'arbitres volontaires entre les patentés et leurs employés, entre les Dentistes et leurs clients ;

3° de faciliter la recherche des emplois ou des employés ;

4° de se mettre en rapport avec le Gouvernement, les départements ou les communes, lorsque l'intérêt professionnel le commande.

ART. 3 — Le Comité syndical est composé de cinq membres.

Il se réunit une fois tous les deux mois pour délibérer sur les affaires qui lui sont soumises, à moins d'affaire urgente, où, il est convoqué spécialement. Le Comité choisit dans son sein un président administrateur.

ART. 4. — Le président préside les séances du comité, reçoit les demandes d'arbitrages, etc., veille à la défense des intérêts professionnels menacés.

Arbitres.

ART. 5. — Le Comité syndical, afin d'éviter à ses membres de recourir à la voie judiciaire dans leurs différends, soit entre eux, soit avec leur clientèle, offre son arbitrage volontaire.

ART. 6. — Le Comité syndical se mettra également à la disposition des tribunaux de commerce et des juges de paix pour servir d'experts dans les différends professionnels.

ART. 7. — Toute demande d'expertise ou d'arbitrage doit être adressée au président du Comité syndical qui choisit, à cet effet, deux experts dans le Comité, ou en cas d'impossibilité parmi les membres du Conseil de Direction,

ART. 8. — Les arbitres déposent un rapport écrit sur le différend qui leur a été soumis.

ART. 9. — L'arbitrage est gratuit pour les membres de l'Association

ART. 10. — Pour toute autre personne, l'indemnité est de dix francs.

Offres et demandes d'emplois.

Art. 11. — Le Comité syndical, afin de faciliter à ses membres, les moyens d'obtenir des emplois ou des employés, charge un de ses membres de tenir un registre spécial contenant :

1° Les demandes d'employés ;
2° Les demandes d'emplois.

Art. 12. — Toute demande d'emploi ou d'employé doit être adressée directement au membre du Comité syndical chargé du registre, qui leur donne la suite qu'elle comporte.

Art. 13. — Le registre contient le nom, l'âge, l'adresse de l'employé, ainsi que les appointements qu'il désire gagner, le nom, l'adresse de l'employeur, ainsi que les appointements qu'il désire offrir.

Art. 14. — Il n'est dû aucune rétribution pour ce service.

Défense des intérêts professionnels.

Art. 15. – Lorsque par une mesure générale prise par le Gouvernement, les départements ou les communes, les intérêts professionnels lui semblent menacés, le Comité syndical intervient directement, ou si le cas le comporte, il adresse un rapport au Conseil de direction dont il demande la convocation en Chambre syndicale, afin de prendre toutes les mesures nécessaires.

Ressources et charges.

Art. 16. — Les fonds nécessaires à l'administration du Comité syndical sont pris sur la *Caisse de Prévoyance.* Toutes les recettes résultant du fonctionnement du Comité syndical, soit à la suite d'arbitrages, soit pour toute autre cause, sont versés à la *Caisse de Prévoyance.*

AVIS

L'Administration de l'Ecole Dentaire de Paris prévient les parents des étudiants, qu'elle fournira à tous ceux qui le demanderont, des bulletins mensuels, constatant le nombre de présences des étudiants, tant à la clinique du matin, qu'aux cours theoriques du soir.

Les abonnés étrangers sont priés d'adresser le montant de leurs abonnements au directeur du Journal.

Les abonnements parvenus avant le 15 Février, seront reçus à l'ancien prix de 8 francs pour la France et 10 francs pour l'Union Postale.

L'*Aide-Mémoire* du Chirurgien Dentiste est en vente chez tous les fournisseurs pour dentistes.

Il a été expédié à tous les souscripteurs. Ceux d'entre eux qui ne l'auraient pas reçu, sont priés d'en avertir l'Administration du Journal.

Pour la vente en gros, s'adresser à M. Paul Dubois, 104, rue Saint-Lazare, ou à M. Lecrosnier, éditeur, place de l'Ecole-de-Médecine.

Prix cartonné : 5 fr.

En vente chez tous les fournisseurs pour Dentistes.

Le prix des frais de recouvrement est à la charge des souscripteurs.

On demande à acheter : 1° le numéro de Mai 1877 du *Progrès dentaire* ; 2° le numéro d'Août 1879 de la *Gazette odontologique* ; 3° les numéros de Janvier 1882 et Février 1883 de la *Revue odontologique*.

Faire parvenir au Bureau du Journal, Dr D.

26513. — Amiens, Imp. T. Jeunet.

ASSOCIATION GÉNÉRALE
DES
DENTISTES DE FRANCE

Siège social : rue Richer, 23, à Paris.

L'ASSOCIATION COMPREND :

1° L'École et l'Hôpital Dentaires de Paris (Société civile);
2° La Société d'Odontologie de Paris (Société scientifique) ;
3° Le Syndicat professionnel et la Caisse de Prévoyance des Dentistes ;
4° Le Journal l'*Odontologie*.

CONSEIL

BUREAU

MM. LECAUDEY, *Président*.
Dr Th. DAVID, *Directeur de l'Ecole*.
P. POINSOT. *Vice-Président*.
M. WIESNER. —
Ch. GODON, *Secrétaire général*.
G. VIAU, *Secrétaire correspondant*.
A. RONNET, *Trésorier*.
L. THOMAS, *Bibliothécaire*.
P. DUBOIS, *sous-Bibliothécaire*.
G. BLOCMAN, *Conservateur du Musée*.

MEMBRES DU CONSEIL

A. Aubeau. Barbe. L. Bioux. R. Chauvin. A. Dugit. F. Gardenat. Lemerle. M. Levett. M. Lagrange. De Lemos. Pinard. Pillette. Potel. Dr Thomas.

MEMBRES HONORAIRES

E. Billard. — P. Chrétien. — Debray. — Delsart. — A. Dugit père.

AVIS

L'Association générale des Dentistes de France, issue du groupe de confrères qui, depuis 1879, a pris en main et poursuit avec un succès constant la cause du relèvement moral et scientifique de la profession est composée de plus de trois cents dentistes. L'Association offre à ses membres, par l'*Ecole Dentaire*, un enseignement professionnel complet; par sa *Société d'Odontologie*, une réunion scientifique pour l'étude et l'expérimentation des œuvres nouvelles; par son *Syndicat professionnel*, un organe pour la défense des intérêts de tous ; par sa *Caisse de prévoyance*, des secours dans les cas de malheur ou de maladie et, enfin, par son *Journal*, un moyen de publication pour tout ce qui est nouveau et utile.

Les Dentistes, Médecins, ou Fournisseurs pour Dentistes, qui désirent faire partie de l'Association, sont priés d'adresser une demande appuyée par deux membres de la Société à *M. le Secrétaire général de l'Association*, **23, rue Richer,** à **Paris.**

La cotisation annuelle est de *vingt francs*.

(Les membres du Cercle des Dentistes, de l'association scientifique, ainsi que les souscripteurs et les diplomés de l'Ecole Dentaire font de droit partie de l'association). Tous les membres de l'association reçoivent gratuitement le journal.

ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR LIBRE

ÉCOLE ET HOPITAL DENTAIRES
DE PARIS

FONDÉS PAR SOUSCRIPTION PUBLIQUE EN 1880

Subventionnés par la VILLE DE PARIS.

23, rue Richer, 23

Année scolaire 1884-85

Directeur : M. le Docteur TH. DAVID.

CONSEIL DE DIRECTION

Président : EM. LECAUDEY, chirurgien-dentiste, médecin de la Faculté de Paris.

Vice-Président : P. POINSOT, chirurgien-dentiste, professeur à l'École Dentaire de Paris.

Vice-Président : WIESNER, chirurgien-dentiste, dentiste de la Légion d'honneur.

Secrétaire-Général : CH. GODON, chirurgien-dentiste, D. E D. P., chef de clinique à l'Hôpital Dentaire, ex-Président du Cercle des Dentistes de Paris.

Secrétaire correspondant : G. VIAU, chirurgien-dentiste, D. E. D. P., professeur à l'Ecole Dentaire de Paris.

Trésorier : A. RONNET, chirurgien-dentiste, D. E. D. P. chef de clinique à l'Hôpital Dentaire de Paris.

Bibliothécaire : L. THOMAS, docteur en médecine de la Faculté de Paris, professeur à l'Ecole Dentaire de Paris.

Bibliothécaire suppléant : P. DUBOIS, chirurgien-dentiste, D. E. D. P., chef de clinique à l'Hôpital Dentaire de Paris.

Conservateur du Musée : G. BLOCMAN, chirurgien-dentiste, D. E. D. P., médecin de la Faculté de Paris, chef de clinique à l'Hôpital Dentaire, professeur suppléant.

MEMBRES CONSULTANTS

A. AUBEAU, docteur en médecine de la Faculté de Paris, professeur à l'École Dentaire, rédacteur en chef de l'*Odontologie*.

BARBE, chirurgien-dentiste, D. E. D. P.

L. BIOUX, chir.-dentiste, D. E. D. P. chef de clinique à l'Hôpital Dentaire.

R. CHAUVIN, chir.-dentiste, D. E. D. P., chef de clinique à l'Hôpital Dentaire, ex-Président du Cercle des Dentistes de Paris.

AD. DUGIT fils, chirurgien-dentiste, D. E. D. P., ex-Président du Cercle des Dentistes de Paris.

F. GARDENAT, chirurgien-dentiste.

LEGRET, chir.-dent. D. E. D. P., démonstrateur à l'Hôpital Dentaire.

LEVETT, chirur.-dentiste, D. D. S. de New-York, professeur à l'Ecole Dentaire.

LEMERLE, chir.-dentiste, D. E D. P., démonstrateur à l'Hôpital Dent.

DE LEMOS, chir -dentiste, D. E. D. P. démonstrateur à l'Hôpital Dent.

ED. LOWENTHAL, chirurg.-dent., D. E D. P.

PILLETTE, chirurgien-dentiste, ex-professeur à l'Ecole Dentaire.

PINARD, chirurgien-dentiste.

POTEL, chirur.-dentiste, D.E.D.P.

MEMBRES HONORAIRES

E. BILLARD, ex-Secrétaire général du comité d'organisation de l'Ecole Dentaire.

P. CHRETIEN, chirurgien-dentiste, ex-Trésorier de l'Ecole Dentaire.

DEBRAY, chirurgien-dentiste.

DELSART, chirurgien-dentiste, ex-Vice-Président de l'Ecole Dentaire.

DUGIT père, chirurgien-dentiste.

VOL. 5. Paris, Mars 1885 N° 3.

L'ODONTOLOGIE.

TABLE DES MATIÈRES POUR MARS 1885.

TRAUMATISME COMPLEXE DE LA TÊTE

A LA SUITE D'UNE CHUTE DE CHEVAL

1° Vaste plaie du cuir chevelu à lambeaux multiples ;

2° Fracture comminutive du maxillaire inférieur avec perforation du plancher buccal ; nécrose partielle ; extraction consécutive de séquestres ; guérison.

Par le Dr DAVID.

Le 31 Juillet 1877, vers huit heures du soir, M..., 28 ans, d'une constitution saine et robuste, cultivateur à J..., fait une chute de cheval dans un chemin accidenté et couvert de cailloux. Après avoir été traîné sur un parcours de plusieurs mètres, il reçut un coup de pied à la région maxillaire inférieure droite.

Appelé aussitôt après je constate les lésions suivantes :

1° PLAIE DU CUIR CHEVELU. — Les téguments crâniens correspondant au coronal et au pariétal gauches ont été détachés et divisés en lambeaux nombreux, irréguliers et meurtris. Quelques-uns présentent à leur surface interne des

ouvertures complètes, d'autres sont littéralement déchiquetés ou même ne tiennent que par un faible et étroit pédicule. Refoulés en bas et complètement renversés ils recouvrent les yeux, la racine du nez et toute l'oreille gauche; ils s'étendent même plus loin sur les parties voisines. Les lambeaux antérieurs sont de plus forte dimension et moins maltraités que les lambeaux latéraux.

Si on rapproche les bords de la plaie, on voit que celle-ci est représentée par une ligne très irrégulière à angles nombreux. Partant de la bosse frontale droite, cette ligne remonte à 5 centimètres environ au-dessus, puis changeant de direction, gagne la suture médiane et se porte en arrière jusqu'à deux centimètres environ de la suture lamboïde. Enfin se réfléchissant en dehors presque à angle droit, elle arrive à la rencontre de l'os temporal un peu au-dessus de l'apophyse mastoïde. Les deux os sont encore revêtus de leur péricrâne qui est cependant lésé sur une partie très limitée au niveau de la portion antérieure et médiane du pariétal. Là, en effet, existe une solution de continuité d'un centimètre à un centimètre et demi sans déchirure du périostite de l'os sous-jacent.

2° Blessure de la région maxillaire inférieure. — Les parties molles sont ici divisées suivant une ligne qui part d'un point situé à deux centimètres en avant de l'orifice externe du conduit auditif droit, descend verticalement vers l'angle de la mâchoire jusqu'au rebord du maxillaire inférieur, gagne ensuite la région sous-maxillaire en changeant de direction, devient parallèle au corps de l'os et arrive enfin par la région sus-hyoïdienne un peu au-delà de la ligne médiane vers le côté gauche. Cette plaie est superficielle sur la joue droite où elle n'intéresse guère que l'épaisseur des téguments ainsi qu'à son point de terminaison. Mais entre l'angle de la mâchoire et l'os hyoïde, le plancher buccal est divisé dans toute son épaisseur et présente une ouverture large de près de deux centimètres ; ce qui met le blessé dans l'impossibilité absolue de parler. La glande sous-maxillaire est à découvert et tend à sortir des lèvres de la plaie ; la salive, mêlée de sang, coule abondamment au dehors.

La partie droite du corps du maxillaire est fracturée

communicativement. Une esquille osseuse, mince, longue de trois centimètres provenant du bord inférieur, a été retrouvée sur le lieu de l'accident ; elle était adhérente à un morceau du col de la chemise.

Le siège de la fracture communique avec la plaie extérieure à l'endroit de l'ouverture du plancher buccal dont nous venons de parler. Cette fracture a fragments multiples n'a pas amené de difformité sensible dans l'arcade maxillaire : il n'y a pas de déplacement dans le sens de la hauteur ; le niveau des dents est conservé, mais toutes les molaires et prémolaires du côté droit sont fortement ébranlées.

L'hémorrhagie a été assez abondante, soit au cours de l'accident, soit après. Elle s'est produite surtout par la blessure de la région sous-maxillaire. Au moment de notre visite, le sang s'écoule encore en nappe dans la bouche et au dehors.

Pansement.

1° *Plaie du cuir chevelu.*

Je procède d'abord au pansement de la plaie de la tête. Je fais un nettoyage minutieux, surtout pour ce qui concerne les lambeaux, la plupart imprégnés de terre et de sang ; je coupe les cheveux autour de la plaie et sur les nombreux lambeaux du cuir chevelu Puis je fais à nouveau un lavage général avec de l'eau phéniquée. Après avoir séché soigneusement le tout avec une éponge fine, je ramène en haut chacun à sa place, autant que possible les lambeaux renversés ; je les rattache les uns aux autres par leur extrémité libre, à l'aide de points de suture (25 environ) au bord supérieur de la plaie. Je ne les fixe point sur leurs bords latéraux, mais pour assurer leur coaptation, je place, en procédant de la base au sommet, un grand nombre de bandelettes de diachylon, imbriquées. Ces dernières ont en outre l'avantage d'exercer une compression méthodique sur toute la surface des lambeaux et de faciliter leur adhésion au péricrâne.

2° *Plaie de la région maxillaire.*

Je nettoie minutieusement la plaie de la face et du cou par un lavage prolongé avec de l'eau phéniquée. Je remets en

place la glande sous-maxillaire qui ne paraît pas endommagée et je réunis les bords de la plaie cutanée avec cinq ou six points de suture que je laisse assez espacés pour permettre au liquide de s'écouler librement des parties profondes au dehors. Sur la joue trois points suffisent à fermer la plaie ; je fais un pansement général dans les deux régions avec de la charpie imbibée de la solution phéniquée ordinaire. Pour prévenir le déplacement des fragments de l'os maxillaire, je recouvre le pansement d'un bandage en fronde.

Le malade supporte ces diverses manœuvres avec courage. Je prescris une potion calmante et un gargarisme acidulé.

Pendant la nuit l'hémorrhagie buccale continue, mais elle est peu abondante.

4 *Août.* — L'écoulement sanguinolent est à peine perceptible. Il n'y a pas eu de fièvre. Le blessé est calme et commence à pouvoir articuler quelques mots. Je ne touche pas au pansement. Je prescris l'usage fréquemment répété du gargarisme et lui permets d'avaler du lait.

5 *Août.* — Depuis hier soir, léger mouvement fébrile, ce qui me décide à examiner la plaie. Dans la région crânienne, elle ne présente aucun mauvais caractère : les points de suture tiennent ainsi que les bandelettes de diachylon. A leur partie libre, les lambeaux suturés sont recouverts de suppuration que nous essuyons légèrement. Nous lavons toute l'étendue de la plaie avec un linge trempé dans l'eau phéniquée. A la région génienne la plaie paraît s'être réunie par première intention. Sous le maxillaire il y a eu un écoulement assez abondant qui a pénétré tous les linges du pansement, la plaie est ouverte sur plusieurs points entre les sutures, la salive ne passe plus. Après un lavage antiseptique de cette région, je refais le pansement pendant lequel le malade est pris d'une légère syncope.

6 *Août.* — La fièvre a été moindre. Sur le crâne, j'enlève les bandelettes agglutinatives Après un nettoyage minutieux, je soutiens les lambeaux à l'aide d'un bandage légèrement compressif tout autour de la tête. Sur la joue, je me borne à enlever les points de suture et constate la réunion complète de la plaie. Sous le maxillaire la plaie est réunie en plusieurs endroits ; tous les téguments de la région sont œdemadiés comme dans une fluxion. La muqueuse buccale est elle-même assez enflammée. Lavage et pansement phéniqués.

A partir du 6 Août, nous pratiquons tous les jours le même pansement et des lavages antiseptiques. Vers le 10, les lambeaux du cuir chevelu ont repris leur adhérence sur la boîte crânienne. Nous enlevons les points de suture, il ne reste plus qu'une longue plaie linéaire au niveau du bord libre des lambeaux, et quelques petits îlots sur leurs bords latéraux. Les plaies sont superficielles et couvertes de bourgeons charnus de bonne nature. De ce côté la guérison marche d'une façon régulière. Elle est complète vers le 25 Août, sans perte de substance. Le point où la cicatrisation

a été le plus tardive, correspondait précisément à la lésion du péricrâne mentionnée plus haut.

Dans la région sous-maxillaire, nous enlevons les points de suture, le 11 Août. La plaie est fermée, si ce n'est vers la partie médiane. Le gonflement a disparu, sur la peau, sur la muqueuse buccale ; tout fait présumer également une guérison rapide. Le 13 Août, même, la plaie médiane où se trouvait l'ouverture de communication avec la bouche et avec le siège de la fracture, s'était presque entièrement fermée.

Mais la fracture comminutive a donné lieu à des accidents complexes et sérieux. Il y a d'abord eu dn côté droit une inflammation intense des muqueuses buccale et gingivale accompagnée de salivation abondante. Toutes les parties molles environnantes (la joue droite, la lèvre inférieure, le plancher buccal) ont aussi été envahies par cette inflammation secondaire avec un certain degré de tuméfaction. Ces symptômes étaient occasionnés par la lésion osseuse, l'ostéo-périostite suppurée qui a désuni la plaie extérieure et déterminé la formation de deux ouvertures fistuleuses, l'une sous-maxillaire et une autre plus petite dans la cavité buccale.

Ces ouvertures bien établies, les lésions du voisinage sont rapidement disparues ; mais pendant quatre mois la suppuration a persisté, abondante et fétide. A diverses reprises la lésion osseuse subissant de nouvelles poussées, a encore déterminé des abcès de voisinage qui se sont formés tantôt à la joue droite, tantôt, par suite de fusées purulentes, à la région latérale droite du cou, au-dessous de l'orifice fistuleux. Une certaine quantité du pus s'écoulait constamment dans la bouche, principalement pendant le sommeil, et M... en avalait nécessairement alors une partie. A deux ou trois reprises, des esquilles osseuses de fort petite dimension sont sorties par le trajet fistuleux.

Cet état de suppuration prolongée a provoqué des phénomènes infectieux que j'ai combattus par l'emploi du sulfate de quinine, du vin de quina et autres toniques; des gargarismes désinfectants, des injections et des pansements antiseptiques ont été continuellement employés contre l'état local.

Pendant quelque temps j'ai perdu de vue le blessé. Je le revois vers la fin de Décembre 1877 (cinq mois après l'accident). La tuméfaction de la joue est toujours considérable, la

suppuration abondante et fétide. En sondant le trajet fistuleux, je constate l'existence de séquestres mobiles. M..., soit en bâillant, soit dans certains mouvements brusques de la mâchoire, perçoit très bien lui-même la crépitation des fragments osseux. Je renouvelle la proposition que je lui avais déjà faite en vain, de pratiquer une opération pour mettre l'os à découvert et enlever les parties nécrosées. Cette fois elle est acceptée.

Opération.

27 *Décembre* 1877. — Anesthésie difficile, le malade réagit violemment sous le chloroforme dont l'administration doit même être bientôt suspendue. Je pratique une incision horizontale de 4 centimètres environ au niveau du bord inférieur du maxillaire, puis une deuxième incision de 2 centimètres 1/2, tombant perpendiculairement sur le milieu de la première, près de l'ouverture fistuleuse. Après avoir disséqué les parties molles et mis suffisamment à nu le siège de la lésion, je puis extraire successivement à l'aide d'un davier courbe, en faisant quelques efforts de traction, deux séquestres irréguliers assez volumineux, représentant presque toute l'épaisseur du bord inférieur de l'os. Il ne reste plus à l'endroit de la lésion qu'une simple lamelle osseuse, constituant la table interne du maxillaire. Cette lamelle supporte les alvéoles dentaires en partie aussi atteintes, antérieurement surtout, par le traumatisme. Elle est découverte sur une longueur de 3 centimètres environ, depuis la canine jusqu'à la partie postérieure de l'alvéole de la deuxième grosse molaire. Elle est légèrement mobile, mais nous la respectons toutefois parce qu'elle est recouverte de son périoste à sa face postérieure. Grâce à cette portion osseuse, servant de trait d'union aux deux parties principales du maxillaire auquel elle doit rester unie par un tissu fibreux, il n'y a pas de déplacement sensible en aucun sens, excepté dans les mouvements brusques de l'os.

Peu d'hémorrhagie au cours de l'opération. Pansement antiseptique.

La cicatrisation de la plaie chirurgicale se fait très rapide-

ment. Un mois après l'opération, il n'y a plus de suppuration ni de trajet fistuleux.

Vers la fin de Juillet 1878, sept mois environ après l'extraction des séquestres, survient un nouvel abcès à la région sous-maxillaire. L'ancienne fistule se rétablit. Pendant plusieurs mois, un écoulement purulent, léger, mais continu, a lieu à la fois au dehors et dans la bouche.

Le 30 Septembre 1878, à l'aide d'un stylet je constate encore l'existence d'un trajet fistuleux et d'une dénudation osseuse peu étendue. La tuméfaction de la joue persiste. 26 Février 1879, cette tuméfaction est insignifiante ; depuis le mois de Juillet dernier, pas de nouvel abcès, persistance d'une légère suppuration. Le maxillaire s'est consolidé et le tissus osseux s'est régénéré en partie. Les dents, à l'exception de la deuxième grosse molaire qui est restée branlante, se sont aussi consolidées.

En Mai 1879 après un refroidissement, tuméfaction de la joue droite, qui cède au repos et aux émollients. La suppuration devient en même temps un peu plus abondante et par l'orifice extérieur de la fistule, et par l'orifice buccal existant au niveau de l'alvéole de la deuxième grosse molaire. Cette dent étant devenue de plus en plus branlante, je l'extrais sans difficulté ; elle amène avec elle une étroite parcelle d'os nécrosée ayant près de deux centimètres de longueur et appartenant à la table interne du maxillaire. (Vingt mois après l'opération.)

Au bout d'un mois l'écoulement purulent était complètement supprimé. La joue était revenue à peu près à son volume normal, M..., complètement rétabli, put se marier.

Je l'ai revu à la fin de Mars 1880. Il se fait par intervalle un peu de suintement séro-purulent par l'ancienne fistule extérieure. Pas de difformité. Le parallélisme des arcades dentaires est conservé, la mastication s'exécute assez bien, la dent de sagesse commence à se montrer du côté lésé.

Cette observation nous a présenté comme particularités intéressantes :

1° La réunion par première intention d'une vaste plaie contuse, à lambeaux multiples et entièrement décollés du cuir chevelu ;

2° La nécrose d'une partie du maxillaire inférieur à la suite d'une fracture;

3° L'élimination d'un séquestre comprenant une grande partie des alvéoles de la canine aux molaires ;

4° La régénération consécutive de l'os avec conservation et consolidation de toutes les dents comprises dans le séquestre, sauf une.

L'ANTIQUITÉ DE L'ART DENTAIRE.

Nous empruntons à l'*Indépendant Practitioner* de Janvier 1885, P. 1., la curieuse communication de M. Van-Marter, dentiste américain établi à Rome.

A Corneto-Tarquinius (près Civita-Vecchia sur la côte Méditerranéenne), le musée de cette petite ville renferme, entre autres curiosités archéologiques, deux petites pièces de dents artificielles.

Au dire de l'auteur, l'authenticité de ces appareils ne peut être mise en doute. Elles ont été trouvées en présence de l'inspecteur des fouilles qui en témoigne par écrit. L'époque de leur provenance serait aussi bien établie.

L'une, (fig. I et II), a été trouvée au-dessous d'un tombeau étrusque et le professeur Helbig consulté dit : que ces tombes remontent à quatre ou cinq siècles avant l'ère chrétienne. L'autre, (fig. III et IV), proviendrait d'une tombe romaine de la même époque.

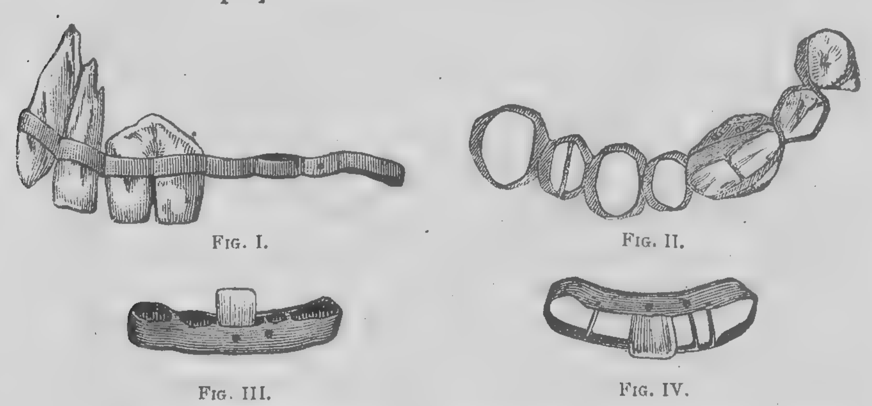


FIG. I. FIG. II.

FIG. III. FIG. IV.

« L'or servant à maintenir les dents artificielles est très

mince et mou et il dut être plié et ajusté dans la bouche même. Les deux dents centrales sont bien sculptées, elles ont été tirées d'une dent d'animal .» La première de ces pièces (fig. I et II) était de trois dents, deux incisives centrales et la première prémolaire de la mâchoire supérieure, cette troisième dent est absente, on voit qu'elle dût être montée à cheval sur une lamelle qui divisait l'espace à remplir; le dessin indique que ces dents devaient être fixées par des goupilles rivées.

Dans la deuxième pièce (fig. III et IV) faite pour la mâchoire inférieure, deux dents artificielles la constituaient, l'une reste, c'est une dent humaine.

On sait que le Musée de Liverpool renferme aussi une pièce de dents artificielles extraite des tombeaux égyptiens. Il serait intéressant qu'un dentiste nous en donna la description technique. On dit aussi avoir trouvé des dents obturées sur des momies L'affirmation aurait besoin d'être contrôlée par des juges compétents.

La découverte de M. Van-Marter ne soulève aucun doute sur l'ancienneté de ces appareils, elle corrobore par une preuve palpable les dires des écrivains romains sur l'existence de la prothèse, il y a plus de deux mille ans.

On remarquera, la ressemblance de ces deux pièces ; si elles ne sont pas du même ouvrier, elles sont de la même époque; quand même les tombes seraient d'origine différente, il y a toute raison de penser, que ces deux pièces furent faites par des étrusques.

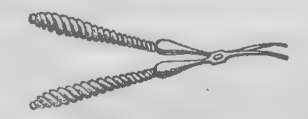
Cette nationalité industrieuse, intelligente, n'avait pas l'organisation militaire de Rome, cela la fit succomber. Elle méritait mieux. Aujourd'hui, ses œuvres ont été ramenées à la lumière et on en admire la grâce et l'élégance, Corneto ou M. Van-Marter a observé ces antiques spécimens de notre art. était une des principales villes de l'Etrurie, et les fouilles ont mis à jour des peintures charmantes.

L'art de travailler l'or était chez eux très avancé, non seulement ils le martelaient, l'étiraient, le gravaient, mais encore connaissaient l'art de le souder ; quoiqu'ils fissent des alliages, ainsi qu'en témoigne l'existence du bronze, l'or était employé le plus souvent pur. On comprend que l'application à la resti-

tution des dents manquantes put se faire par eux et les petits appareils dont nous reproduisons le dessin, dénotent même une éducation technique moins avancée que beaucoup de bijoux du musée Campana.

M. Van Marter se propose de faire des recherches à Pompeï. Nous sommes convaincus qu'il y fera plus d'une découverte heureuse. Nous savons : que dans l'une de ces maisons on a trouvé de nombreux instruments de chirurgie ; et il serait bon qu'un juge autorisé nous en donna la description.

Le dessin suivant, que nous empruntons au Dictionnaire des Antiquités Romaines et Grecques d'Antony Rich (Forceps, page 277), montre l'un de ceux-là.



On le voit, nous devions avoir un confrère parmi les victimes de l'éruption du Vésuve de l'an 79.

Les documents certains sur l'art de guérir, sur l'art dentaire dans l'antiquité, sont encore peu nombreux et nous aimerions à voir les dentistes augmenter nos connaissances à ce sujet.

Paul DUBOIS.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 25 Novembre 1884.

Présidence de M. POINSOT.

M. Meng lit, au nom du Dr David, une communication sur le chlorhydrate de cocaïne (1).

M. Poinsot. — Messieurs, Monsieur le Dr David vient de vous faire une intéressante communication sur le chlorhydrate de cocaïne ; je me proposais de vous en parler ce soir, et si je ne vous fais pas la principale communication, j'ai la satis-

---

(1) Voir l'*Odontologie*, décembre 1884.

faction de pouvoir confirmer par mes propres expériences la plupart des faits qui viennent de vous être présentés.

Depuis deux années déjà, je me sers de feuilles et d'alcoolature de feuilles de coca de Marianni. J'avais remarqué que l'action de mâcher de ces feuilles était suivi d'une anesthésie des muqueuses de la bouche et du pharynx, étant données les difficultés inhérentes à cette pratique, j'ai pensé pouvoir y substituer des badigeonnages d'alcoolature de feuilles de coca, les résultats furent inférieurs à ceux obtenus par la mastication des feuilles.

L'usage de la coca fut, sinon abandonnée, du moins réduite, mais donna cependant de bons résultats que nous énumérerons plus loin.

Par suite d'indiscrétion, il y a déjà quelques mois, j'appris que des expériences étaient tentées pour certaines opérations de la chirurgie oculaire, et que les résultats étaient supérieurs à toutes les prévisions en se servant d'un des sels de la coca : le chlorhydrate de cocaïne.

Immédiatement je commençais une série d'expérimentations; après avoir eu quelques difficultés pour me procurer le produit, ici je crois devoir vous faire remarquer que le chlorhydrate de cocaïne était devenu très rare et était employé à mesure de sa production par les oculistes, c'est ce qui vous explique que, sur une demande de cinq grammes, on ne put me donner qu'un seul gramme et au prix doux de 14 francs ; aujourd'hui vous paierez ce sel de 24 à 28 francs le gramme.

J'ai expérimenté l'action du chlorhydrate de cocaïne pour combattre la sensibilité de la dentine (carie du second degré). Voici ce mode de faire : après avoir appliqué la digue et bien séché à l'aide de mon appareil à air chaud, j'imbibais la dentine desséchée d'une solution au vingtième de chlorhydrate de cocaïne; après deux ou trois minutes nouveau séchage et nouvelle imbibition, et enfin séchage définitif. Je pouvais ensuite tailler ma dentine pathologique et aussi celle restée saine ; sans déterminer autre chose qu'une sensibilité très supportable, néanmoins cette sensibilité, nulle en commencant, allait toujours croissant à mesure qu'on atteignait les parties plus profondes, parfois même nous eûmes recours à de

nouvelles imbibitions pour pouvoir continuer et achever notre travail.

Un avantage de l'action de ce produit, c'est qu'il est de toute évidence que le chlorhydrate de cocaïne blanchit la dentine la où la solution a bien pénétré ; grâce à cet auxiliaire puissant j'ai pu en une seule séance nettoyer, obturer une dent même dans une partie rapprochée de la pulpe, avec peu, et parfois avec point de douleur, alors qu'il eût fallu plusieurs pansements, et plusieurs mois d'obturations temporaires à la gutta-percha pour arriver au même résultat apparent.

Devant des résultats aussi brillants, j'ai continué à expérimenter le produit sur les pulpes dentaires ; j'imbibais donc une carie pénétrante (3e degré) de la même solution, et j'attendis de 3 à 5 minutes et la sensibilité de la pulpe était toujours très grande; même après plusieurs nouvelles applications, j'aurais réussi, certes, si au lieu d'une pulpe riche en filets nerveux, j'avais expérimenté sur une pulpe richement vasculaire et peu nerveuse. Je pris le parti de cautériser la susdite pulpe avec l'acide arsénieux, et le lendemain après imbibition de la partie escharrifiée, je pus, en procédant des parties accessibles aux parties plus profondes, vider absolument les trois racines d'une grosse molaire supérieure, sinon sans souffrance, du moins dans de bonnes conditions.

Cependant nous possédons en thérapeutique dentaire des moyens équivalents et plus rapides pour ce genre d'opérations.

La même solution m'a donné de très bons résultats pour combattre la douleur causée par l'inflammation des muqueuses, ainsi accidents consécutifs : tels que ulcérations de la gencive, aphtes, nodosités, etc.

Même succès résultant de blessures produites par le port d'un appareil dentaire défectueux.

J'ai recommandé des frictions sur les gencives, d'une solution au 10e de cet alcaloïde, pour calmer les douleurs de la première dentition chez les enfants, et les parents sont venus me remercier.

Pour faciliter l'extraction des racines mortes, je me suis servi de ce moyen sans succès, j'ai fait alors une nouvelle combinaison de chlorhydrate de cocaïne d'eau distillée d'alcool

et d'acide phénique avec des résultats satisfaisants, mais avec une solution d'acide phénique on obtient également de bons succès. Néanmoins la combinaison de l'acide phénique et de la cocaïne pourra donner naissance à un sel dont les propriétés anesthésiques seront supérieures à celles du chlorhydrate de cocaïne. Des expériences seront prochainement tentées dans ce sens, et je crois que le phénide de cocaïne sera appelé à un grand succès dans la chirurgie-dentaire spécialement.

En résumé nos expériences sont très restreintes, et si dans tous les cas nous n'avons pas vu nos désirs se réaliser, dans bien des autres nous avons été dédommagés.

Devant les résultats acquis, je viens, Messieurs, vous prier de prendre ce nouveau produit en très grande considération et vous inviter à faire de nouvelles études, et en terminant j'appuie fortement sur une de ses qualités maîtresses, c'est sa parfaite innocuité, ce qui permet même l'abus de ce sel sans nuire au but qu'on se propose.

Pour la prise des empreintes, bien des patients ne peuvent supporter le moulage de la bouche sans éprouver de fâcheuses nausées.

Lorsque la cause de ces nausées est bien l'action mécanique d'un corps étranger mis en contact avec la partie pharyngienne, et non le fait de l'imagination avec ses effets réflexes, les badigeonnages des muqueuses de la bouche avec une solution au 20e détermine une suffisante insensibilité pour modeler la bouche dans ses parties les plus profondes, avec un plein succès.

M. le Dr Aguilhon de Sarran. — J'ai expérimenté le chlorhydrate de cocaïne, j'ai constaté les effets reconnus par les différents auteurs qui se sont occupés de la question et je ne sais encore, si le sel en question n'agit pas plutôt par l'acide chlorhydrique qu'il renferme, qu'en vertu de propriétés spéciales. Je m'appuie sur ce fait que l'application du chlorhydrate de cocaïne dans une cavité cariée a pour effet de nettoyer cette carie tout comme le ferait l'acide chlorhydrique.

M. Poinsot présente au nom de M. Pradère un appareil s'appliquant au palais et destiné à renfermer des substances médicamenteuses destinées a être absorbées progressivement,

l'appareil est très ingénieux et paraît appelé à rendre des services ; toutefois le Dr Aguilhon de Sarran demande si un diphthérique peut endurer au palais un objet de ce volume.

M. Prevel. — Messieurs, le cas que j'ai l'honneur de vous présenter appartient à celui des nodosités. Elles sont placées, comme vous pouvez le voir, sur ce moule au-dessous des prémolaires et canines inférieures à égale distance de la ligne médiane un peu au-dessus des glandes sublinguales.

Elles sont apparues depuis huit ou dix ans, date à peu près laquelle où cette dame a été atteinte de douleurs rhumatismales articulaires.

Cette personne est âgée de 28 ans, d'une constitution paraissant robuste, mariée depuis huit ans, sans enfant, n'ayant eu aucune maladie grave.

L'examen de la bouche nous montre un maxillaire supérieur normal Le maxillaire inférieur est atteint d'une stomatite aiguë fongueuse s'étendant de la deuxième grosse molaire, côté droit, jusqu'à la première petite molaire gauche; à partir de cette dernière la gencive est saine, c'est l'endroit de la mastication.

La stomatite a été combattue avec les pointes de feu, mixtures d'iode répétées, les gargarismes astringents. La guérison est à peu près complète.

La salive est abondante, limpide et légèrement acide : aucune trace de tartre. Les dents sont bien brossées journellement sans exagération. La personne est dans d'excellentes conditions hygiéniques et nie toute cause syphilitique.

Au point de vue héréditaire : personne de sa famille n'a été rhumatisant.

Je tiens avant de terminer à remercier notre maître, M. Poinsot, qui a bien voulu dans cette circonstance m'aider de ses conseils et à classer comme nodosité ce que je croyais être une exostose.

Séance du 24 Février 1885.

Présidence de M. Poinsot, Vice-Président.

M. le Président. — La parole est à M. Préterre, sur un cas d'ankylose permanente des mâchoires.

M. Preterre. — Messieurs, l'ankylose, tout le monde le sait, est l'immobilité de l'articulation. Ollier en donne cette définition exacte.

« L'ankylose est un état pathologique des articulations, caractérisé par le défaut de mobilité des surfaces articulaires. Les os qui forment l'articulation, sont maintenus dans une position fixe, tantôt par la soudure médiate ou immédiate des surfaces articulaires, tantôt par la rétraction ou l'ossification des ligaments et autres parties molles périphériques. »

Pour l'ankylose de la mâchoire, voici ce que Velpeau écrit dans son *Traité de médecine opéroloire !*

« L'arthropathie temporo-maxillaire, comme toutes les maladies qui peuvent se développer autour, au voisinage des condyles de la mâchoire, sont susceptibles de faire naître là une induration, une raideur, telles que l'écartement des arcades dentaires en sera plus ou moins gêné. Certaines inflammations du gosier, les flegmasies internes du fond de la bouche, celles surtout qui s'établissent autour de la dernière dent molaire, déterminent aussi quelquefois la même infirmité; alors le malade ne peut ouvrir la bouche. »

Velpeau, comme Ollier, ne nous paraît pas avoir assez insisté sur la cause la plus directe de l'ankylose : le repos prolongé. Tous les auteurs, nous le savons, ont signalé l'ankylose des membres succédant à l'immobilisation nécessitée par le traitement des fractures, mais, sur la question de l'ankylose du maxillaire, ils n'ont pas paru admettre facilement l'action de l'immobilité. Quelques-uns semblent même avoir voulu la nier. C'est ainsi que Cruveilhier cite un exemple de soudure complète d'une articulation temporo-maxillaire, sans que l'articulation du côté opposé, qui avait nécessairement été condamnée au repos, se fût ankylosée. Kunholtz a publié une observation semblable.

A ces deux faits, je demande la permission d'opposer celui d'une malade de ma clientèle. Il s'agit d'une femme, bien portante du reste, qui, depuis plus de dix ans, a les deux mâchoires inébranlablement appliquées l'une contre l'autre, et qui s'alimente de substances molles ou liquides, à travers une brèche constituée par l'absence de deux incisives supérieures.

A l'âge de 5 ans, Madame X.... fit une chute sur le menton, dont les détails ne nous sont pas très bien connus. Nous savons seulement que, pendant son séjour dans le pensionnat où elle passa ses jeunes années, elle n'ouvrait la bouche que très difficilement, à l'aide d'un appareil dilatateur, construit sur les indications de Nélaton. Assez longtemps, la malade se servit de cet appareil; elle avait obtenu un écartement lui permettant presque de manger comme tout le monde, lorsque sans motif sérieux, par insouciance pure, elle abandonna son appareil. Quelques années se passèrent ainsi, et, en 1869, Madame X... vint nous consulter.

A ce moment, il nous fut possible d'introduire entre les dents du haut et celles du bas une spatule de buis. Nous la remplaçâmes par des coins de bois gradués et, après quelques mois de traitement, nous avions la satisfaction de constater le retour à un état semblable à celui qui avait été obtenu par le dilatateur de Nélaton.

En 1870, nous perdîmes de vue la malade ; elle vient de nous revenir dans l'état que nous indiquons au début de cette note, c'est-à-dire avec une ankylose complète, absolue, ne permettant pas l'introduction intermédiaire d'une lame épaisse d'un quart de millimètre, défiant toute intervention chirurgicale.

Quelle est la cause de cet état fâcheux ? Le repos prolongé de l'organe.

Tant que Madame X .. a fait *travailler* sa mâchoire (peu ou beaucoup) l'articulation temporo-maxillaire restait une cavité susceptible d'agrandissement, à mesure que le travail accompli se serait rapproché de la fonction normale. Quand Madame X... a laissé sa mâchoire absolument *au repos*, la cavité articulaire a été comblée peu à peu par un dépôt osseux, et aujourd'hui, il est impossible de songer à porter remède à cette infirmité.

S'il fallait une conclusion pratique à cette communication, nous la formulerions ainsi : nous sommes de ceux qui pensent que l'ankylose vraie de la mâchoire ne comporte qu'un traitement, la dilatation graduée, parce que la mobilité ne revient que par le mouvement.

La malade est examinée et on constate qu'il n'est pas possible d'introduire la lame d'un canif entre les dents restantes.

M. Dubois. — Messieurs, la malade qu'a bien voulu nous présenter M. Préterre est des plus intéressantes. On ne trouverait pas beaucoup de cas semblables dans les annales de la science.

Une ankylose aussi complète, datant depuis si longtemps et sans désordres généraux consécutifs : est exceptionnelle. Constater la disparition de la fonction masticatoire et un bon état de santé, il y a de quoi en être étonné.

Un fait à noter en examinant cette malade : les muscles élévateurs de la mâchoire se sont complètement atrophiés par suite du non fonctionnement. La peau et le tissu adipeux recouvrent seuls l'os.

Vous avez pu remarquer, que plusieurs dents de première dentition sont restées, et que nombre de dents permanentes sont absentes, il y a actuellement atrésie évidente des maxillaires. La cause de cette constriction est évidemment la chute que la malade a fait dans sa jeunesse; il y a donc eu aussi atrophie des germes de plusieurs dents de deuxième dentition et cette résorption des germes s'est faite sans accidents ou tout au moins ils n'ont pas laissé de traces. Ce traumatisme, nous n'en connaissons pas les conditions, nous ne savons si la fracture a été simple ou multiple, si elle a porté sur le corps de l'os ou sur la branche montante ? Non seulement cette fracture a été la cause de l'ankylose, mais probablement aussi, le traitement mal approprié qui a été appliqué ensuite. Il y a trente ans les chirurgiens n'employaient comme appareils de maintien dans les cas de fracture des maxillaires que des appareils que j'appellerai barbares, tel celui d'Houzelot. La fronde, des planchettes maintenues sous le menton étaient á peu près leurs seules ressources.

Il est certain que le dentiste actuel peut faire beaucoup mieux, et, que des appareils intra-buccaux favoriseront la réunion en bonne place des parties fracturées mieux que des appareils ou l'action opposée des muscles ne pouvait être combattue et qui, de plus, rendaient difficile l'alimentation tout en favorisant la déglutition et la rétention du pus. Je pense donc que cette fracture n'aurait pas eu de conséquences aussi fâcheuses si un appareil bien compris avait aidé à la guérison.

M. Poinsot observe, que la dent de sagesse pourrait être invoquée comme cause de l'ankylose et celle-ci n'a été définitive que vers l'âge de 15 ans, époque à laquelle les dents de sagesse commencent à faire leur évolution.

MM. Dubois et Préterre émettent l'avis qu'en effet, dans la plupart des cas, les affections de l'articulation temporo-maxillaire, stricture partielle, définitive, ankylose, sont dues à l'évolution vicieuse de la dent de sagesse, mais que, dans ce cas, c'est uniquement le traumatisme qui en a été la cause.

M. Godon partage l'opinion de MM. Dubois et Préterre.

Présentation d'un cas de Prothèse, par M. Barrié.

M. Barrié. — Messieurs, les dents sans plaque ont occupé l'attention du public professionnel ces dernières années. On peut dire que le système n'est pas nouveau, qu'il a des inconvénients, mais je crois que ceux qui ont discrédité ce genre de restitution artificielle l'ont peu ou point pratiqué. Ils ont formulé leur opinion d'après des on-dit, ou à la suite de quelque cas malheureux qui leur sera tombé sous les yeux.

Les progrès de la dentisterie opératoire, de la thérapeutique des dents et racines malades au dernier degré, permettent souvent d'assurer le bénéfice des dents artificielles, sans tous les petits inconvénients qui résultent des dents montées sur une cuvette plus ou moins étendue.

Je crois donc que les nombreuses critiques faites à ce système sont exagérées.

Il est vrai que cette méthode demande beaucoup de temps, beaucoup de soins ; elle ne souffre pas l'à peu près, les retouches sont difficiles, l'ajustement doit être parfait sous peine d'insuccès absolu. Ces difficultés d'exécution demandent une rémunération plus élevée que les pièces ordinaires. Le travail des dents dites à pont, a été beaucoup pratiqué par le Dr Bing. J'ai vu chez lui plusieurs cas très intéressants, la fixation des appareils remontait à plusieurs années et les dents contiguës, — même celles qui servaient d'attache, — ne s'étaient pas cariées ou leurs caries intérieures n'avaient pas progressé.

La pièce que je soumets à votre appréciation est une modification du système à pont et de la dent unique à pivot. Elle a

son principal point d'appui dans une racine et accessoirement elle trouve des éléments de force sur les dents voisines. Trois dents de la mâchoire supérieure étaient à remplacer : la grande incisive, la petite incisive et la première petite molaire du côté gauche.

Je n'ai, comme moyen de support, qu'une seule racine affectée de périostite, — la racine de la grande incisive, — dont il m'a fallu tirer parti en la traitant selon la méthode ordinaire, mèches antiseptiques, obturation provisoire, etc.

J'ai ensuite scellé un tube Godard au Poulson dans cette racine, puis, ajusté une grande incisive et une petite, un anneau ou sorte d'épaulement sur la canine ; une première petite molaire et un anneau plat sur la deuxième petite molaire, toujours côté gauche ; puis j'ai ensuite soudé le tout ensemble.

Finalement, j'ai posé ce petit appareil qui est entré sans effort, à frottement doux, il est dans la bouche de la personne depuis un mois et tient toujours parfaitement. J'espère le voir longtemps dans les mêmes conditions.

Quant à la question physiologique, souvent invoquée par notre professeur M. Poinsot, à savoir que les dents jouissent d'un mouvement propre individuel, je dirais : que les dents soient privées de ce mouvement, soit par une barre fixe, système Bing, soit par les crochets ou anneaux d'une base quelconque (or ou caoutchouc), il n'y a pas grande différence.

De toutes manières, tel n'est pas mon cas, puisque le dentiste peut enlever l'appareil à volonté et le replacer de même s'il y a nécessité.

Toutefois ce système demande que la construction de l'appareil permette le nettoyage facile, que la personne qui le porte, empêche l'accumulation des détritus buccaux et dans les conditions favorables dont le praticien est juge, ou assure les avantages d'une série de dents n'occupant pas plus de place que les dents naturelles.

Ces avantages peuvent se résumer ainsi :

1° On évite l'encombrement de la bouche ;

2° Rétention parfaite de l'appareil, qui reste toujours la même, au contraire d'une pièce ordinaire, laquelle a souvent

besoin d'être resserrée soit au moyen de chevilles, soit en pressant les crochets, à moins de couvrir une bonne partie de la voûte palatine, comme font certains praticiens américains pour une ou deux dents ;

3° On évite l'usure mécanique ou l'ébranlement des dents contiguës produit par l'enlèvement quotidien et la remise en place d'une pièce prothétique ordinaire.

M. Chauvin fait remarquer qu'il a déjà fait des pièces semblables avec cette différence qu'il mettait aux dents des talons en caoutchouc et que la pièce pouvait se retirer à volonté pour nettoyer le canal dans lequel se trouvait le pivot.

M. Préterre. -- J'ai eu depuis plusieurs années à démolir, et cela m'a été facile, nombre de pièces dites à pont et faites par celui qui s'en est fait l'avocat et dont on vous citait le nom tout à l'heure. Les résultats étaient détestables. Pour les dents uniques à pivot, je pense que la fixation définitive est ce qu'il y a de mieux.

M. Dubois. — Nous connaissons tous les inconvénients des dents à pivot sans tube, que les clients sont obligés d'enlever pour les nettoyer et renforcer la tige, le canal s'agrandit tellement qu'au bout de peu de temps la racine se ramollit, s'use et se fend. Nous avons observé aussi des dents à pivot étant restées dans la bouche des 10, 15 ans et plus et cela sans aucun accident. Cela me fait dire ; que pour les dents uniques, la fixation définitive est presque toujours ce qu'il y a de mieux. Pour les pièces de plusieurs dents supportées par un pivot et un crochet, le nettoyage est plus difficile et le séjour prolongé peut avoir quelques inconvénients que n'ont pas les dents uniques. Et, puisque ce système reprend faveur, il sera bon d'établir par des comparaisons les avantages des deux procédés. Pourtant, je vous avouerai que je préfère la fixation définitive.

M. Godon. — J'ai à vous présenter un envoi d'un moulage de M. Stener, de Grenoble, pour le musée de l'Ecole.

M. Dubois. — Messieurs, j'ai des raisons de croire que le fragment de squelette que nous avons sous les yeux vient d'un ichtyosaure ; animal fossile de la période secondaire. Le terrain jurassique en renferme de nombreux spécimens. Les plus beaux, dit-on, ont été trouvés en Angleterre.

Cette dénomination de période secondaire, demande quelques explications pour ceux qui ne sont pas familiarisés avec les divisions géologiques. La science actuelle ne connaît que les grands faits de l'époque antéhistorique, mais la plupart de ses déductions ont un caractère de certitude, qu'on ne pourrait toujours avoir sur les faits contemporains. Chaque état de notre globe a laissé des vestiges de son existence, l'étude de ces vestiges a permis de reconstituer les formes du monde disparu.

Les squelettes de plantes, d'animaux, l'étude des terrains nous content l'histoire de notre terre.

Après des milliers de siècles, on a pu retrouver les détails et l'ensemble de la structure de nos prédécesseurs sur cette petite planète. On le sait : elle est un astre éteint, et le feu actuellement réfugié à la partie centrale, s'est manifesté jadis à la superficie, ce n'est que quand l'incandescence n'exista plus, qu'une couche solide a pu se former ; elle était composée de basalte, de granite, leur origine ignée se démontre non seulement par l'analogie avec nos roches volcaniques actuelles, mais encore par leur forme non stratifiée c'est-à-dire n'ayant pas les couches horizontales des terrains de sédiment.

Des millions d'années après, le refroidissement permit aux vapeurs de se condenser à la surface de cette croûte. Les océans en résultèrent. Ils étaient immenses, couvrant la terre presque entièrement et dans cette atmosphère humide, de température élevée, chargée d'acide carbonique, sur cette terre encore chaude, une flore gigantesque se développait ; des fougères énormes, des bambous de trente mètres de long émergeaient des basses eaux, et ce sont ces débris de végétaux accumulés pendant des siècles qui ont formé notre charbon de terre.

Peu d'animaux pouvaient respirer dans un tel milieu et ce n'est pas dans la période transitoire, celle où prit naissance le terrain houiller, que ce crocodile pouvait vivre. Il est d'une époque postérieure. La période secondaire ; et même d'une de ses dernières couches ; le terrain jurassique que nous employons actuellement en pierres lithographiques.

Les eaux s'étaient quelque peu retirées. Une partie de

l'Europe n'était plus sous la grande mer. En France, les montagnes de l'Auvergne, le Jura, le Dauphiné (d'où nous vient ce moulage), étaient couverts par de basses eaux entourées de quelques îlots de terre ferme. Des coraux se formaient dans leur sein, de nombreux crustacés y habitaient.

Les maîtres de ces lagunes étaient de grands lézards comme celui dont un fragment est reproduit ici ; leur forme amphibique permettait de chasser sur terre et dans l'eau ; leurs puissantes mâchoires broyaient les crustacés qui pullulaient autour d'eux.

L'ichtyosaure atteignait jusqu'à sept mètres de long, sa tête des fois plus d'un mètre ; celle de celui-ci devait certainement le dépasser, le fragment que nous avons sous les yeux mesure soixante-quinze centimètres et nous n'avons pas l'extrémité antérieure et dans la partie postérieure toute la région orbitaire et crânienne manque. Vous noterez la forme allongée de la tête, ceci distingue l'ichtyosaure et les sauriens fossiles de notre race de crocodiles actuels qui sont à mâchoire plus large. Sa voûte palatine était recouverte de plusieurs rangées de dents, on en a compté jusqu'à cent cinquante. Ce qui est remarquable, c'est que cet animal avait plusieurs dentitions, non seulement deux comme nous, mais croit-on, un nombre supérieur.

D'autres grands sauriens habitaient les mers secondaires ; le plésiosaure ayant une longueur supérieure à l'ichtyosaure, sa tête était plus petite ; les dinosauriens atteignant jusqu'à treize mètres de long, le ptérodactyle qui était une sorte de lézard volant.

Quelle que soit la variété que ce moulage représente, il est bien fossile et de la période secondaire L'homme devait apparaître bien plus tard dans l'époque tertiaire. Ce saurien est donc postérieur à la formatoin géologique qui a donné naissance à la houille qui chauffe nos locomotives et dont l'extrait gazeux nous éclaire ce soir. (Applaudissements.)

M. Prével. — Messieurs, je vous présente un modèle d'un maxillaire supérieur ayant deux dents supplémentaires au niveau des canines appartenant à un homme de 35 ans.

M. Poinsot présente une pulpe ossifiée provenant d'une

grosse molaire supérieure, qui a été obturée autrefois avec des pansements très caustiques.

Des remerciements sont adressés aux auteurs des présentations intéressantes qu'ils ont bien voulu nous communiquer et la séance est levée à 11 heures.

Le Secrétaire des Séances,
G. LEGRET.

RAPPORT ANNUEL

présenté aux Membres

DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE

ET DE

LA SOCIÉTÉ CIVILE DE L'ÉCOLE ET DE L'HOPITAL DENTAIRES DE PARIS

à l'Assemblée générale du Mardi 30 Janvier 1885

par le Secrétaire général, Ch. GODON.

Messieurs et chers confrères,

Permettez-moi, au nom du Conseil de Direction de l'Association générale des Dentistes de France et de la Société civile de l'Ecole et de l'Hôpital Dentaires libres de Paris, de vous rendre compte de la marche de notre Société pendant l'année qui vient de s'écouler.

Nous avons pu constater ensemble, depuis six ans, dans chacun de mes rapports annuels, en passant en revue les faits de l'année, combien, chaque fois, les résultats obtenus nous rapprochaient du but que nous nous étions proposé, car toutes ces années ont été pour nous, jusqu'à ce jour, heureuses et prospères.

La liste n'en est pas encore épuisée — cette année n'aura rien à envier à ses devancières ; elle prendra place avec honneur dans nos annales — comme vous allez en juger par la suite d'événements dont je vais vous rendre compte.

Mais parmi ces évènements, un fait prime tous les autres, par suite de l'influence considérable qu'il est appelé à exercer sur le développement de notre profession en France et l'avenir

de notre groupe. Je veux parler de la constitution définitive de l'*Association générale des Dentistes de France*, de cette importante société professionnelle dont les dentistes les plus honorables, les plus estimés, les plus instruits, s'honorent de faire partie.

Par cette constitution, vous avez ainsi terminé l'élaboration parfois si laborieuse, des diverses institutions dont une profession a besoin pour vivre et se développer; après avoir laissé place pendant plusieurs années à toutes les initiatives, vous avez voulu réunir en un seul faisceau, par un même lien tout ce qui était vraiment utile et viable.

Cette union de toutes les forces professionnelles, de tous les concours, de toutes les sympathies, cette pensée de tout concentrer en vue d'un but bien net, d'un programme bien déterminé, en évitant toute déperdition de force, tout effort isolé, vous ont conduit à créer une association vraiment puissante, qui, si elle s'inspire toujours des idées libérales qui ont présidé à sa formation et du programme des fondateurs, est destinée à donner des résultats immenses et à exercer sur la marche de l'Odontologie en France, la plus bienfaisante des influences.

Si jusqu'à ce jour nous avons été amenés à créer cette série d'institutions professionnelles diverses, quant à leurs attributions spéciales, mais que nous avons cette année réunies sous une même dénomination; c'est que nous avions un programme bien déterminé, un but précis.

En effet, lorsqu'il y a six ans, nous avons fondé comme première émanation de notre activité, le *Cercle des Dentistes de Paris*, berceau de nos institutions professionnelles; quel a été notre programme, en présence de coalitions que nous considérions, à juste titre comme funestes?

Le relèvement moral et scientifique de l'Art Dentaire en France par la liberté d'exercice et l'enseignement professionnel libre.

Nous pensions que la liberté était plus avantageuse à tous les points de vue, pour le développement de la profession de dentiste que toute réglementation; que la seule réforme à opérer était la création d'un enseignement professionnel libre, en dehors de toute attache officielle, et qui seul pouvait amener cette régénération reconnue nécessaire.

Or, sur le second point comme sur le premier, les événements nous ont donné raison. La liberté d'exercice que nous avons défendue, est actuellement le régime qui nous régit ; malgré des tentatives de réglementation répétées, faites quelquefois même avec des chances de succès, nous avons été plus forts, nous avons triomphé ; la liberté d'exercice est pour longtemps encore, sinon pour toujours, le régime de l'Art Dentaire en France ; car nous avons prouvé que c'était le meilleur des agents de progrès, non seulement par une vive et énergique polémique, mais aussi par les arguments les plus solides : les faits.

Si la réglementation était soutenable, il y a cinq ans, en présence de l'état de l'Art Dentaire, elle ne l'est plus aujourd'hui après ce que nous avons créé ; un savant illustre, un maître éminent l'a dit avec plus d'autorité que moi, à la dernière séance d'inauguration de l'Ecole Dentaire :

Vous avez évité toute besogne au législateur en faisant la réglementation de la façon la plus simple, en la faisant vous-même.

Ceux qui nous suivront, apprécieront mieux que nous encore les avantages de la liberté, car l'Etat a la main lourde, et par sa protection mal appropriée, avec cette compétence universelle qu'il s'attribue de droit, son ingérence est souvent funeste.

Quant à l'enseignement spécial, nous l'avons créé, répondant d'une façon si parfaite aux besoins de l'époque, qu'il a reçu l'approbation générale et qu'un cinquième environ des dentistes de France sont venus en profiter.

Nos adversaires eux-mêmes lui ont, à plusieurs reprises, rendu justice, et las d'attendre cette réglementation inaccessible, se sont vus contraints ou de disparaître ou de nous imiter. C'est à ce dernier parti qu'ils se sont résolus l'année dernière ; dans quelles conditions et avec quel résultat, c'est ce que vous savez, et je n'y reviendrai pas ; ils ont dû créer, eux aussi, comme nous, un centre d'enseignement professionnel libre.

Aussi, pour le relèvement moral et scientifique de l'art dentaire, pour cette régénération que nous poursuivions, voyez les résultats obtenus, depuis la création de ces écoles, de ces journaux, de ces sociétés scientifiques, puissants organes du progrès professionnel.

Ainsi donc, Messieurs, devant ce rapide aperçu, personne ne peut nier l'influence considérable que nous avons exercée sur la marche des événements professionnels depuis six ans, sur la direction qui a été imprimée à l'Odontologie en France. Notre campagne a abouti, notre programme est réalisé.

Les dentistes se recrutent d'une façon distincte, spéciale, reçoivent un enseignement professionnel libre, et obtiennent à la fin de leurs études un diplôme spécial, non officiel, c'est possible mais que le public exige de plus en plus des jeunes en faisant à ceux qui l'ont obtenu des situations satisfaisantes ou enviables.

Que demandions-nous, il y a six ans, que nous n'ayons obtenu aujourd'hui.

Nous pourrions donc nous livrer à toutes les joies du triomphe et considérer la campagne comme terminée.

Mais les institutions que nous avons fondées, doivent vivre et se développer, et pour cela il nous faut redoubler d'efforts si nous voulons continuer à tenir la tête du mouvement progressiste que nous avons crée, car nous avons des concurrents non seulement en Europe, mais en France, pour notre Ecole, pour notre Journal, pour notre Société scientifique.

Jusqu'à ce jour nos efforts ont été heureusement récompensés.

L'Association générale des Dentistes de France que nous avons définitivement constituée, l'année dernière, à l'Assemblée générale du 17 Avril 1884, par suite de la fusion des diverses Sociétés, issues de notre groupe (Cercle des Dentistes, Ecole Dentaire, Association scientifique), s'est heureusement développée et a réalisé les espérances que nous avaient fait concevoir cette fusion. Sur 350 personnes qui, depuis six ans, avaient apporté à nos œuvres sous différentes formes leur concours, 250 à peu près sont portées parmi les membres actifs de l'Association et ont acquitté la cotisation.

Une centaine de membres, dont un grand nombre appartiennent au monde médical, sont devenus membres honoraires.

Nous avons eu le regret de compter quelques démissionnaires, mais ils s'expliquent, par ce que quelques-uns d'entre eux ont, depuis le début, passé au camp adverse, attirés par

des avantages que nous ne devions offrir ; parce que d'autres n'ont pas compris notre but, ni la voie que nous suivions, mais de tous, le nombre est très restreint.

En somme, cette fusion que nous avons adoptée au commencement de l'année, nous a donné ce que nous en attendions, une société forte et compacte, des membres nombreux, dévoués et qui nous assurent un concours matériel puissant, une influence morale considérable.

L'Association comprend quatre branches principales qui répondent chacune à des besoins professionnels, ce sont :

1° L'Ecole et l'Hôpital Dentaires de Paris ;

2° La Société d'Odontologie de Paris ;

3° La Caisse de prévoyance des Dentistes et le Syndicat professionnel;

4° Le journal l'*Odontologie*, organe de la Société.

La Société d'Odontologie de Paris, notre réunion scientifique, digne continuatrice de l'Association scientifique de l'Ecole Dentaire a, pour cette année, donné d'excellents résultats.

Les séances ont été toutes très intéressantes. Nos membres, assidus, ont apporté une suite d'observations inédites, prises soit à la Clinique de l'Ecole, soit dans la clientèle, et qui nous ont permis d'aborder l'étude des questions encore controversees ; des fabricants ingénieux nous ont présenté des appareils nouveaux, destinés à faciliter quelque partie de notre travail du cabinet ou du laboratoire.

Bref, ils ont contribué tous aux progrès de la science odontologique, et nous permettent de marcher de pair avec nos amies, les Sociétés scientifiques américaines.

On trouvera dans le rapport du Secrétaire général de la Société d'Odontologie, M. G. Blocman, la liste, déjà longue, des travaux présentés.

J'y trouve, du reste, la présentation d'un ouvrage sur l'Art Dentaire, le premier sorti de notre groupe et qui s'est de suite ressenti du caractère utilitaire de notre compagne, qui a pris en quelque sorte l'empreinte du milieu où il a pris naissance. Je veux parler de l'*Aide-Mémoire du Chirurgien-dentiste*, de MM. Dubois, Aubeau et Thomas. Rappeler l'immense succès qu'ils ont de suite obtenu, est le meilleur des éloges qu'on puisse adresser aux sympathiques auteurs.

Puissent d'autres membres les suivre dans la voie qu'ils ont si heureusement tracée en couvrant leur petit traité du titre général de *Bibliothèque de l'Ecole Dentaire de Paris.*

MM. Jacowski et Levett ont, eux aussi, préparé un travail dont on appréciera l'utilité, la traduction du livre de Taft, sur la Dentisterie opératoire qu'ils ont offert généreusement à l'Ecole et que nous espérons avant peu mettre à la disposition de nos confrères.

Aussi cette Société scientifique, par les présentations faites à ses réunions mensuelles, les discussions intéressantes qui suivent, les travaux qu'elle a provoqués, est un précieux laboratoire pour l'étude et l'expérimentation en commun de toutes les découvertes intéressant la science odontologique ; elle excite l'émulation entre ses membres ; les nouveaux diplômés de l'Ecole y apportent chaque année un élément jeune et actif, désireux de s'y distinguer par ses travaux. C'est, en un mot, un des meilleurs instruments de progrès et de vulgarisation scientifique.

Notre journal, l'*Odontologie*, a pris cette année un grand développement.

Votre Conseil de Direction, sur la proposition du Comité de rédaction et en présence des ressources du journal, a réussi à se décharger de son administration matérielle. Il a passé, avec notre collègue M. Dubois, un traité qui le charge sous certaines conditions de l'administration dudit journal.

Vous savez tous que M. Dubois s'est, depuis plusieurs années, consacré au Journal l'*Odontologie* et qu'il est avec notre rédacteur en chef, le sympathique Dr Aubeau, pour la plus grande part dans la prospérité que cette publication a atteinte.

Aussi, sous sa direction, le journal a vu le nombre de ses abonnés augmenter ; des collaborateurs de valeur ont apporté leur concours, une série d'articles intéressants ont été publiés ; puis le cadre est devenu trop étroit, et le format a été augmenté ; on nous promet encore une nouvelle augmentation de format pour cette année.

Le Journal l'*Odontologie* est, actuellement et sans contredit, le journal le plus lu, ayant le plus d'abonnés, le plus rapidement et le mieux informé de tous les organes professionnels français.

La presse scientifique à l'étranger, prouve le cas qu'elle en fait en lui faisant de fréquents emprunts.

En dehors d'articles inédits, il publie les comptes rendus des diverses sociétés scientifiques étrangères ainsi que des procès-verbaux de notre association.

Il tient ainsi tous les membres de la Société, au courant des progrès professionnels et constitue pour notre groupe la meilleure des propagandes.

La Caisse de prévoyance et le Syndicat professionnel ont enfin, cette année, été définitivement constitués.

Ils n'ont, jusqu'à ce jour, pu encore rendre à nos membres, les services en vue desquels ils ont été créés, car leur réglement intérieur n'a été voté que vers les derniers jours du mois de Décembre, et n'a pas encore été porté á la connaissance de la Société.

Mais comme leur organisation est terminée, nos membres pourront l'année prochaine profiter des avantages que ces deux branches de la Société vont leur offrir.

Par la *Caisse de prévoyance*, nous allons pouvoir apporter un appui, une aide à ceux de nos confrères que les malheurs ou la maladie atteignent. Nous pourrons leur offrir les soins de médecins éclairés, les médicaments nécessaires, des secours à titre de prèt ou de don ; aider leurs veuves, ou leurs orphelins.

Tous ces services sont assurés dans toutes les professions, c'était, dans la nôtre, une lacune à combler. C'est fait.

Le *Syndicat professionnel* peut également offrir de nombreux avantages.

L'arbitrage libre dans les différends entre dentistes et clients, entre patrons et employés, peut éviter de recourir à la voie judiciaire, si longue, si coûteuse et si désagréable à tous égards.

Un registre, tenu d'une façon impartiale, est mis à la disposition de nos confrères pour les offres ou les demandes d'emplois.

La constitution du syndicat permettra, de plus, d intervenir quand les intérêts particuliers des membres de la Société ou les intérêts généraux de la profession seront menacés.

Nous espérons que nos membres useront, lorsqu'ils en

auront besoin, de ces différents services dont ils pourront apprécier l'utilité.

J'arrive enfin à la plus importante de nos institutions, à *l'Ecole et à l'Hôpital Dentaires de Paris.*

Depuis un an et demi que j'ai eu l'honneur de vous faire un rapport spécial sur cette institution, bien des événements se sont passés, mais aussi bien des succès.

L'Ecole Dentaire de Paris a vu s'accroître, en même temps que sa situation matérielle, l'estime et la considération dont elle jouissait dans le monde scientifique.

Après M. Trélat, M. Verneuil est venu, l'année dernière, constater nos succès, applaudir à nos résultats, et cette année, M. P. Bert, après les deux maîtres, vint, à son tour, en présidant notre cinquième séance d'ouverture, dans ce magnifique discours que vous avez entendu, apporter ses félicitations et ses encouragements pour chacun de nos efforts, approuver chacune de nos revendications, joindre ses vœux et ses souhaits à chacune de nos aspirations.

Le nombre des élèves qui, l'année dernière, malgré la naissance de l'Ecole rivale s'élevait à soixante-dix, a atteint cette année le chiffre vraiment inespéré de quatre-vingt-quinze, parmi lesquels nous comptons beaucoup d'étrangers, et cependant les examinateurs sont devenus plus sévères ; l'entrée de l'Ecole a dû plusieurs fois être refusée à des insuffisants.

Les souscripteurs n'ont pas cessé non plus de s'imposer de nouveaux sacrifices en faveur de l'œuvre, et nous avons eu encore un chiffre de 9 à 10,000 francs de dons et de nouvelles souscriptions.

La clinique a toujours été abondamment fournie de malades.

Un service dentaire gratuit a été organisé pour l'orphelinat Philippe-Auguste, sur la demande de Mme Camille Drian, la présidente.

Nous avons également offert, au Préfet de la Seine pour les soins à donner au système dentaire des enfants des écoles communales, les services de l'Ecole dentaire de Paris. Notre offre a été acceptée.

Aussi le Conseil municipal de Paris, jaloux de prouver sa sollicitude pour un établissement aussi utile que le nôtre,

vient, dans sa séance du 27 Décembre 1884, de voter une subvention de cinq cents francs à l'Ecole dentaire de Paris. On doit considérer ce fait comme étant de la plus grande importance ; c'est la sanction de notre œuvre, l'approbation de notre conduite, la reconnaissance des services rendus ; aussi malgré la modicité de la somme, devons-nous nous féliciter de cet heureux événement.

Nous avions au mois de Mai 1884, sur l'avis de plusieurs conseillers municipaux, adressé au Conseil municipal de Paris, une demande de subvention.

Cette pétition qui énumérait les services rendus par l'Ecole dentaire de Paris, a eu la bonne fortune d'être apostillée dans des termes très flatteurs, par les deux présidents honoraires de l'Ecole, MM. U. Trélat et Verneuil (1). Aussi la pétition, sitôt déposée, fut prise en considération; les enquêtes qui furent faites donnèrent lieu à des rapports favorables dont le résultat a été le vote que j'indiquais plus haut.

Nous avons adressé d'autres pétitions qui ont eu des suites différentes.

Ainsi conformément au vote que vous aviez émis à l'Assemblée générale de juillet 1883 nous avons adressé aux pouvoirs publics une demande de reconnaissance comme d'utilité publique de la Société Civile de l'Ecole Dentaire de Paris.

La filière administrative est longue, les autorités à consulter et les enquêtes à faire sont nombreuses ; cependant des rensei-

---

(1) Je demande la permission d'appuyer la demande de l'*École Dentaire*. C'est un établissement destiné à donner un genre d'instruction qui, jusqu'ici, n'avait ni siège ni institution en France. A ce titre elle est digne d'encouragement.

U. TRÉLAT,
Professeur à la Faculté de médecine de Paris,
Membre de l'Académie de médecine.

28 février 1884.

Je crois également qu'il y a lieu d'encourager une œuvre qui, quoique de création récente, a rendu déjà de véritables services à l'art dentaire d'une part et à la population indigente de Paris, d'autre part.

VERNEUIL,
Professeur à la Faculté de médecine de Paris,
Membre de l'Académie de médecine

29 février 1884.

gnements récents nous permettent de vous annoncer que cette pétition est en bonne voie. Le Préfet de la Seine, le Directeur de l'Assistance publique, et dernièrement le Directeur de l'enseignement supérieur, après une visite faite à l'Ecole, ont chacun adressé des rapports favorables.

Tout nous fait espérer qu'avant peu nous obtiendrons cette sanction dont vous apprécierez tous pour l'Ecole la grande importance.

Nous avons également offert au Conseil Général et au Préfet de la Seine, sur l'initiative de notre dévoué professeur M. Poinsot, le concours de l'école pour la création d'un service dentaire dans les établissements d'aliénés du département de la Seine. Or le Conseil Général a reçu avec reconnaissance notre pétition et a fait un rapport favorable, mais la commission de surveillance des hospices, convoquée par le Préfet a refusé sur le rapport de M. Bourneville qui a prétendu que le traitement du système dentaire des aliénés était assuré, dans les asiles du département de la Seine par le corps médical attaché à ces établissements !

Or, comme le service avait été commencé et a du reste continué sur la demande du corps médical attaché à ces établissements, on peut en conclure que la raison invoquée n'est qu'un prétexte et que si l'on refuse un service public de toute nécessité, il y a d'autres causes avec lesquels l'intérêt général n'a rien à voir, et qu'avec un peu de perspicacité il sera facile de deviner.

Mais nous serons persévérants, et devant notre nouvelle demande, le Conseil Général, n'obéissant pas aux mêmes considérations que M. le Rapporteur de la Commission de surveillance, finira bien par se faire écouter par la Préfecture de la Seine. Souhaitons-le du moins pour les malheureux aliénés.

Notre sympathique directeur, M. Emmanuel Lecaudey, qui depuis cinq ans nous a apporté l'appui de son nom et de ses efforts, et dont la générosité pour l'Ecole ne s'est jamais lassée, s'est malheureusement vu obligé, par suite de l'état de sa santé, de nous donner sa démission de directeur.

Déjà, depuis longtemps, M. E. Lecaudey, quoique toujours dévoué à l'œuvre, nous avait annoncé sa détermination d'a-

bandonner ses fonctions à un plus actif. Les Membres du Conseil tentèrent tout ce qu'il était possible pour le faire revenir sur sa détermination, mais n'ayant pu y réussir, nous avons offert, conformément au désir exprimé par M. E. Lecaudey, le titre de directeur à un de nos professeurs, M. le Dr T. David, qui, à plusieurs reprises, avait rendu à l'œuvre des services signalés, et en maintes circonstances lui a prouvé son dévouement.

Cette nomination ne modifie en quoi que ce soit la voie suivie par notre Société, M. le Dr David s'étant déclaré partisan de la liberté d'exercice et de l'enseignement professionnel. De plus, elle a l'avantage de prouver que nous n'avons jamais eu l'intention de former un groupe exclusif, fermé, mais qu'au contraire, nous sommes désireux d'appeler à nous tous ceux qui pratiquent avec quelque savoir, l'Art Dentaire, à quelque groupe ou à quelque école qu'ils appartiennent.

J'espère, Messieurs, que vous approuverez notre choix, en même temps que vous adresserez au praticien honnête, dévoué, qui, depuis cinq ans, a été à la tête de l'Ecole une expression publique de reconnaissance.

Parmi les succès de l'Ecole, nous pouvons compter, quoique plus indirectement, ceux remportés par notre corps enseignant et notamment par le Dr Prengrueber, nommé cette année chirurgien des Hôpitaux, M. Gérard, agrégé à l'Ecole supérieure de pharmacie, M Marié, Docteur ès-sciences. Je vous propose également d'applaudir à la rentrée parmi nous, de notre professeur d'anatomie dentaire, M. le Dr Decaudin, qui, à la suite de manœuvres inqualifiables, s'était laissé, l'année dernière, entraîner à donner son concours à l'Ecole concurrente avec deux autres de nos professeurs, mais qui, après quelques mois d'expérience, nous est vite revenu.

Notre jeune confrère, M. G. Blocmann avait, pendant son absence, fait sa suppléance avec un dévouement et un désintéressement dont nous devons lui être reconnaissants.

Il me faudrait, pour terminer, adresser de sincères remerciements à tous nos autres professeurs, les Drs Deny, Aubeau, Thomas, Viau, Poinsot, et particulièrement à M. le Dr Levett, qui forment chaque année une pléiade de jeunes praticiens ha-

biles et instruits, avec l'aide des chefs de Clinique et des démonstrateurs dévoués.

Ainsi donc, Messieurs, l'Ecole Dentaire de Paris, la première Ecole dentaire fondée en France, est actuellement, après cinq ans d'existence, des plus prospères à tous les points de vue.

Son enseignement est complet, son corps enseignant instruit et dévoué, ses élèves nombreux, elle répond donc à tous les besoins professionnels. Le Conseil de Direction lui a conservé la forme spéciale de Société Civile afin d'en faciliter la reconnaissance comme d'utilité publique

Comme vous le voyez, le groupement de toutes nos forces professionnelles sous le nom d'*Association générale des Dentistes de France*, nous a permis de doter notre profession de tous les organes nécessaires à son développement progressif.

Les sucès obtenus, le concours apporté par la grande majorité des dentistes de France, l'approbation des hommes les plus éminents, cette subvention de la municipalité parisienne, prouvent combien toutes nos créations sont œuvres d'intérêt général.

Aussi souhaitons en terminant que la dernière proposition faite au Conseil de Direction de l'année 1884, l'achat d'un immeuble spécial, se réalise avant peu, afin d'installer toutes ces institutions dans un monument digne d'elles pour le plus grand bénéfice et la plus grande gloire de l'Odontologie française. (Applaudissements.)

INVENTIONS. — PERFECTIONNEMENTS.

Brevets pris en France et à l'Etranger. — Année 1884. (1)

BREVETS DÉLIVRÉS EN FRANCE.

N. B. — Les brevets ci-après sont d'une durée de 15 ans, à moins d'indications contraires.

N° 156,338. — 14 Mars 1884. HAMMERSLEY, représenté par Gudman et Cie, boulevard de Strasbourg, 7, à Paris. *Certificat d'addition* au brevet pris le 2 Juillet 1883 et devant expirer le 23 Mai 1897, pour des perfectionnements dans le traitement du celluloïd, du caoutchouc et des diverses autres bases non métalliques employées dans l'art dentaire.

---

(1) Nous accueillerons toutes rectifications et additions à cette nomenclature.

159,599. — 8 Janvier 1884. Gosset, représenté par Pagès et Joubert, rue Sainte-Apolline, 2, à Paris. Perfectionnements dans les appareils à amalgamer. *Certificat d'addition* du 8 Mai 1884.

159,678. — 12 Janvier 1884. Le Sève, rue Saint-Honoré, 420, à Paris. Dentier artificiel tubulaire.

159,690. — 12 Janvier 1884. Société Berndorfer Metallwaren Fabrik, représenté par Armengaud jeune, boulevard de Strasbourg, 23, à Paris. Procédé de fabrication d'un nickel et d'un cobalt compacts, malléables et laminables. *Certificat d'addition* du 7 Février 1884.

159, 836. — 21 Janvier 1884. Warin, rep. par Chassevent, boulevard Magenta, 11, à Paris. Système d'injecteur dit : *Injecteur Warin.*

159, 877. — 19 Janvier 1884. Russo, élisant domicile chez le sieur Gourd, rue Dugas-Montbel, 18, à Lyon (Rhône). Force motrice économique, à alimentations diverses, pouvant s'appliquer à toutes les industries.

160. 044. - 1er Février 1884. Bruère, rue Saint-Honoré, 314, à Paris. Application de la galvanoplastie à la prothèse dentaire.

160, 157. — 2 Février 1884. Tatin et Dubois, rue Lafayette. 189, à Paris. Nouvelle machine à anesthésies.

160, 237, — 11 Février 1884. Huth, rep, par Sautter, rue de l'Oratoire, 6, à Paris. Perfectionnements dans la préparation de composés de caoutchouc, de gutta-percha et autres matières analogues (*Brevet anglais devant expirer le* 16 *Janvier* 1898).

160, 426. — 19 Février 1884. Brush, rep. par Matray, Schmittbuhl et Cie, boulevard Henri IV. 31, à Paris. Perfectionnements dans les substances servant à lubrifier les moules métalliques.

160. 427. - 19 Fevrier 1880, Brush, rep. par Matray, Schmittbuhl et Cie. boulevard Henri IV, 31, à Paris. Perfectionnements dans les appareils servant à extraire des moules les pièces moulées.

160,645. — 29 Février 1884. Leman, représenté par Chassevent. boulevard Magenta, 11, à Paris. Système de soupape d'aspiration pour l'extraction de l'air contenu dans les cavités des palais artificiels et pièces dentaires.

160,710. — 4 Mars 1884. Davis, représenté par Dittmar, rue du Faubourg Saint-Honoré, 39, à Paris. Perfectionnements dans la fabrication d'amalgame servant à plomber les dents. (*Brevet anglais devant expirer le* 25 *Janvier* 1898).

160,838. — 10 Mars 1884. Roussy, représenté par Armengaud, jeune, boulevard de Strasbourg, 23, à Paris. Embouchure rationnelle à soupapes inclinées pour l'anesthésie.

160,901. — 12 Mars 1884. Trouvé, représenté par Chassevent, boulevard Magenta, 11, à Paris. Système de foyers lumineux et miroirs combinés, et ses diverses applications.

161,428. — 9 Avril 1884. Moity-Petit, représenté par Boivin, rue Nationale, 284, à Lille (Nord). Nouveau désinfectant.

161,497 — 11 Avril 1884. Raynaud, représenté par Thirion, boulevard Beaumarchais, 95, à Paris. Appareil à pression pour injections.

161,582. - 17 Avril 1884. Wirth, avenue Philippe-Auguste, 22 et 24 à Paris. Appareil à durcir le caoutchouc.

161,728. — 25 Avril 1884 Société Dumilatre et Faubert, représentée par Chassevent, boulevard Magenta, 11, à Paris. Système de livret de doreur, à feuilles mobiles, permettant la manipulation des feuilles d'or en plein air.

Pour extrait :
O. FRION.

A suivre.

RATELIER LOGÉ DANS LE PHARYNX PENDANT DIX HEURES SANS ACCIDENT.

Un cas bien extraordinaire est celui de cette dame de 56 ans qui eut son *râtelier dans le pharynx* pendant dix heures sans s'en douter !!! Dans la matinée elle fit appeler son médecin pour un léger malaise : *M. Carlyle* ne trouva rien d'anormal, si ce n'est un timbre tout à fait insolite de la voix.

Interrogée à ce point de vue, la malade dit que cette altération tenait probablement à ce qu'elle avait perdu son ratelier le matin. Elle ignorait même absolument ce qu'il pouvait être devenu. Il n'y avait d'ailleurs ni toux, ni gêne respiratoire d'aucune sorte.

Pour compléter son examen, jusqu'alors négatif, M. Carlyle eut l'idée d'inspecter le pharynx en se servant d'une cuiller comme abaisse-langue. Grande fut la surprise de découvrir, non sans peine d'ailleurs, le ratelier logé très profondément dans l'arrière-gorge. L'extraction faite avec une simple pince à pansements ne présenta aucune difficulté.

Ni la malade ni aucune des personnes de son entourage n'avaient songé à la possibilité de ce bizarre accident. Tout ce qu'on savait, c'est que cette dame s'était aperçue que ses dents manquaient vers neuf heures du matin; et ce n'estqu'à-sept heures du soir qu'elle avait fait appeler le médecin. Une telle tolérance de la muqueuse pharyngienne est certainement tout à fait extraordinaire. (*Revue médicale*, 31 Mai 1884, t. I, p. 773.)

De l'anesthésie chloralique pour l'arrachement des dents chez les enfants.

Par le Dr Bouchut.

Chez les enfants, l'hydrate de chloral est mieux supporté qu'il ne l'est par l'adulte, et on peut l'administrer longtemps de suite sans danger.

Selon l'âge des enfants, 1, 2, ou 3 grammes et plus (2 grammes à trois ans) administrés par l'estomac produisent une anesthésie complète qui dure de trois à six heures.

Donné en lavements ou en suppositoire, le chloral produit les mêmes effets que dans l'estomac. Chez les enfants, l'anesthésie, si facile à obtenir par le chloral, peut être utilisée pour l'arrachement des dents, l'ouverture des abcès, le redressement des ankyloses incomplètes, l'emploi des caustiques, la thoracenthèse et un certain nombre d'opérations chirurgicales. (*Gazette des Hôpitaux.*)

Moyens chirurgicaux employés comme traitement de la névralgie faciale rebelle.

Les procédés chirurgicaux employés jusqu'à ce jour contre les névralgies rebelles du nerf dentaire inférieur sont : l'élongation, la section, la résection.

L'élongation ne saurait, jusqu'à ce jour, être considérée dans ce cas, comme une méthode efficace de traitement.

Parmi les divers procédés mis en usage pour pratiquer la section ou la résection, celui qui paraît le mieux convenir est la résection de toute l'extrémité terminale du nerf dentaire inférieur, par trépanation de la branche horizontale du maxillaire et arrachement du nerf mentonnier.

Elle réussit presque constamment à calmer les douleurs lorsque la névralgie est d'origine périphérique.

Le procédé en question est simple et plus facile à exécuter que les autres.

Il n'expose à aucun danger.

Par l'arrachement, on peut détruire une grande partie du nerf contenu dans le canal osseux; condition favorable pour éviter les récidives. *(Dr Michon, Th. de dect. Paris, 1884.)*

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE

(SOCIÉTÉ CIVILE DE L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS.)

23, Rue Richer, 23

CONSEIL DE DIRECTION

Résumé des Procès-Verbaux.

Séance du Mardi 30 Décembre 1884.

PRÉSIDENCE DE M. LE Dr DAVID, DIRECTEUR DE L'ÉCOLE.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

Le Secrétaire général donne lecture au Conseil de la lettre du Préfet de la Seine, qui remercie l'École de l'offre qu'elle avait faite de créer un service dentaire dans les asiles d'aliénés du département de la Seine, mais déclare que la Commission de santé a décidé sur le rapport de M. Bourneville que les médecins étant chargés de soigner les aliénés, il n'y avait pas lieu de créer un nouveau service

Il annonce ensuite les souscriptions pour l'École :

de MM. JOURD'HEUIL	1.000 fr.
VIAU	500
CAZEAUX de Dunkerque	
Souscription oubliée en 1883	50

Sur une lettre de M. Martin, membre de l'Association, le Conseil décide que les membres de l'Association sous les drapeaux, seront exempts de cotisation pendant toute la durée de leur service.

Une dispense d'âge est accordée à deux élèves, de préparatoire et de première année. MM. Cazeaux, de Bagnères-de-Bigorre et Bethmann, de Fécamp, sont admis comme membres de l'Association générale.

Demande d'admission de M. Rollin, présenté par MM. Barbe et Dubois.

Le Secrétaire général annonce qu'un dentiste qu'il ne doit pas nommer l'a informé que l'École Dentaire, était instituée sa légataire pour un dixième de sa fortune.

Des félicitations sont votés pour ce confrère, qui ne peut manquer d'avoir des imitateurs.

La commission chargée de faire une enquête sur les faits reprochés à M. Carroué dépose son rapport.

Le rapporteur déclare qu'après avoir vu la malade, entendu la défense de l'accusé, la commission propose un blâme sévère pour M. Carroué au nom de l'École avec affichage pendant un mois à l'école, et au nom de l'Association sa radiation comme membre de la Société. Cette décision sera soumise à l'Assemblée générale.

Le Conseil de Direction approuve les conclusions de la Commission.

M. Godon dépose une proposition tendant à l'achat d'un immeuble spécial pour l'installation de l'École Dentaire de Paris et l'Association Générale et demande la nomination d'une commission chargée d'étudier ladite proposition.

M. Dubois dépose une proposition ayant le même but.

Une commission de cinq membres est nommée, elle est composée de : MM. David, Dubois, Godon, Poinsot et Wisner.

Le Conseil procède à la nomination du membre devant représenter le Conseil dans le Jury du Concours pour les postes de professeurs suppléants de dentisterie opératoire.

M. Wisner est nommé.

Le Conseil décide que les représentants du corps enseignant seront nommés dans une réunion des professeurs et du Bureau de l'École.

Il est décidé après discussion que les étrangers seront admis à se présenter également.

Le Secrétaire général donne lecture du rapport de la Commission de la Caisse de Prévoyance et du Comité syndical, contenant le règlement intérieur de ces deux services. Ces deux règlements sont votés article par article et adoptés à l'unanimité (1).

Le Conseil fixe la réunion de l'Assemblée générale de l'Association et de l'École au Mardi 28 janvier.

Les membres sortants sont tirés au sort, ce sont : MM. De Lemos, David, Jourd'heuil, Ronnet, Pinard, Blockman, E. Lecaudey, Bioux, Godon, Martial, Lagrange.

Des 12 membres restant pour l'année prochaine, un sera à renommer, M A. Dugit, comme démissionnaire.

Séance du Mardi 13 Janvier 1885.

PRÉSIDENCE DE M. POINSOT, VICE-PRÉSIDENT.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

Le Secrétaire général annonce que le Conseil municipal de Paris a, dans sa

---

(1) Voir ces deux règlements dans le numéro de Février 1885, de l'*Odontologie*.

séance du 27 décembre 1884, voté à l'École Dentaire de Paris, une subvention annuelle de 500 francs.

Le Conseil de Direction vote des remerciements au Conseil municipal et particulièrement à MM. Robinet et Chautemps qui ont beaucoup aidé à ce résultat.

Le Conseil les nomme membres honoraires de la société.

Le Secrétaire général rend compte de la visite faite à l'École Dentaire par l'Inspecteur d'académie qui, chargé de faire un rapport sur l'École pour la reconnaissance d'utilité publique, est venu visiter l'établissement et a été très satisfait de sa visite.

M. Chauvin rend compte de l'examen d'entrée subi par un élève et propose l'admission. Ces conclusions sont adoptées.

Le Conseil adopte une convention avec la Maison Ash, concernant le *Progrès dentaire* et le journal l'*Odontologie*.

Le Conseil adopte également sur la proposition du Comité de rédaction de l'*Odontologie*, de porter l'abonnement du journal à 10 francs pour la France et à 12 francs pour l'Union postale.

La séance est levée à 11 heures.

Séance du Samedi 24 Janvier 1885.

PRÉSIDENCE DE M. POINSOT, VICE-PRÉSIDENT.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

Le Secrétaire général donne lecture de la correspondance ; deux membres de l'Association protestent contre l'admission de M. Bethman, de Fécamp, comme membre de la société.

Renvoyée au conseil de famille pour faire une enquête.

M. Stèner, de Grenoble, offre à l'École un maxillaire de reptile fossile.

M. Michel Duvit, des livres, instruments et empreintes.

Des remerciements sont adressés aux donateurs.

M. Dupas est admis membre de l'Association.

Le rapport de la Commission d'examen concluant à l'admission d'un élève est adopté.

Le secrétaire général demande de proposer à l'Assemblée générale quelques modifications aux règlements généraux de l'Association générale et de la Société civile de l'École. Après une certaine discussion les modifications proposées sont adoptées.

La séance est levée à 11 heures.

Le Secrétaire général,
CH. GODON.

NOUVELLES

Après un brillant concours public, MM. Lemerle, Heydé et Ronnet ont été nommés professeurs adjoints du cours de dentisterie opératoire.

Le Banquet annuel de l'Association générale des Dentistes de France aura lieu le samedi 25 avril 1885.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS.

Ordre du jour de la séance du mardi 17 mars 1885 :

Historique et compte rendu des travaux de la Société, par M. G. Blocman.

Contribution à l'étude anthropologique du maxillaire inférieur par M. P. Dubois.

M. Heydenreich, qui fit sa thèse d'agrégation sur les accidents de l'éruption de la dent de sagesse, vient d'être transféré sur sa demande de la chaire de pathologie externe à la chaire de clinique chirurgicale de la Faculté de Nancy.

La Cour de Caen vient de confirmer le jugement du tribunal de Domfront (Orne), qui a décidé que les médecins ne peuvent se constituer en syndicat professionnel, au sens attaché à ce mot depuis la loi récente sur les syndicats, cette loi ne s'appliquant, d'après lui, qu'aux patrons et ouvriers, et n'ayant en vue que la sauvegarde d'intérêts économiques.

Le jugement, que nous avons annoncé en son temps avait été rendu à l'occasion d'une poursuite dirigée par le parquet contre un rebouteur. Les médecins de l'arrondissement de Domfront, qui sont constitués en syndicat, s'étaient, par l'intermédiaire de leur président, portés partie civile ; mais leur intervention avait été déclarée irrecevable par les motifs que nous indiquons plus haut.

Nos confrères se pourvoient en cassation contre la décision de la Cour de Caen. (*Semaine Médicale.*)

AVIS

26805. — Amiens, Imp. T. Jeunet.

VOL. 5. Paris, Avril 1885 N° 4.

L'ODONTOLOGIE.

TABLE DES MATIÈRES POUR AVRIL 1885.

TRAUMATISME COMPLEXE DE LA TÊTE

A LA SUITE D'UNE CHUTE DE CHEVAL

(Suite et fin)

Fracture et nécrose partielle de la mâchoire inférieure.
De la consolidation des dents mises à nu par l'extraction du séquestre.

Par le Dr TH. DAVID.

L'observation que nous avons publiée dans le numéro précédent de ce journal, nous a présenté comme particularités intéressantes : la réunion par première intention d'une vaste plaie contuse du cuir chevelu ; la nécrose d'une portion de la mâchoire fracturée, et la régénération de l'os avec consolidation des dents comprises dans le séquestre.

Nous nous proposons aujourd'hui de faire quelques remarques à propos des suites de la fracture de la mâchoire.

Si la réunion des plaies par première intention est considérée actuellement, grâce à l'emploi des pansements antiseptiques,

comme une règle générale, même lorsque les lambeaux sont formés de parties molles plus ou moins contusionnées, on est moins bien renseigné sur la nécrose consécutive aux fractures de la mâchoire inférieure et sur ce que deviennent les dents comprises dans la partie osseuse mortifiée. A ces divers titres, l'observation que nous venons de rapporter présente un grand intérêt, et nous a engagé à rechercher l'opinion des auteurs à ce sujet.

Dans la plupart des cas de fracture avec rupture des gencives et constamment à la suite de l'extraction lorsque le foyer se trouve en communication avec la bouche, les extrémités des fragments se nécrosent dans une très petite étendue, et souvent la partie nécrosée est si minime qu'elle est éliminée sans que le malade s'en aperçoive ; peut-être aussi en pareil cas est-elle résorbée.

Les cas dans lesquels le fragment nécrosé est aussi étendu que chez notre malade sont plus rares. Heath (*Diseases of the Jaws*, p. 21) en rapporte deux cas avec figures. Mais alors la fracture s'est comportée comme une fracture comminutive, toute l'épaisseur de l'os s'est mortifiée, et après la régénération, sa forme s'est trouvée plus ou moins altérée.

M. Gillette, (art. *Maxillaire* (fractures), du *Dict. encycl.*, p. 299), mentionne seulement six cas de nécrose étendue de la mâchoire consécutive à cette lésion.

La facilité avec laquelle le périoste se décolle de la mâchoire inférieure, particularité bien connue de tous les chirurgiens, rend compte jusqu'à un certain point de la nécrose fréquente de petites portions de l'os après les fractures, à l'extrémité des fragments. L'épaisseur et la conservation du périoste décollé expliquent également la régénération de l'os lorsque la nécrose est plus étendue.

La conservation du périoste et la reproduction de l'os, après l'expulsion naturelle ou chirurgicale du séquestre, nous expliquent aussi pourquoi, lorsque les dents sont saines et ont pu être conservées dans leur situation normale par leur adhérence aux gencives, elles finissent par reprendre leur solidité après être restées mobiles pendant un temps plus ou moins long. L'os nouveau forme aux racines une gaîne qui les enchâsse

plus ou moins complètement, et dans un certain nombre de cas elles sont restées en place.

Il convient, à ce propos, de rappeler l'explication qu'a donnée Metscherlich de la consolidation des dents replantées. D'après cet auteur les dents replantées ne se greffent pas toujours, elles ne tiendraient que d'une façon mécanique. Autour d'une dent ou de n'importe quel corps étranger introduit dans l'alvéole, l'os produit des couches successives qui le resserrent, qui l'enchâtonnent pour ainsi dire, et lui donnent une fixité suffisante. — Nous n'admettons pas que ce soit là, le seul mode de consolidation, mais nous l'admettons cependant pour réel, dans les cas d'altération grave de la racine avec perte du périoste. — Il y a encore un autre moyen de contention des dents, qu'il faut invoquer, c'est la soudure de l'os nouveau avec le ciment. Dans de pareilles conditions la solidité des dents est complète.

Dans quelques circonstances elles ont été expulsées après une apparence de guérison complète qui a duré plusieurs années.

D'après M. Guyon (1) il est probable que le tissu gingival induré suffit à maintenir les dents dans leur position normale, mais ce savant maître admet aussi que les couches osseuses de formation nouvelle peuvent contribuer à ce résultat. C'est, dit-il, ce qui ressort, pour Thiersch, de l'examen de deux pièces provenant de sujets morts pendant le cours d'une nécrose phosphorée (2). L'os nouveau était en union étroite avec les dents conservées. Dans un cas, en particulier, on voyait nettement deux bandes osseuses entourant en agraffe le collet des incisives.

Les auteurs citent encore des cas de consolidation des dents après la nécrose, cas rapportés par Heine, Perry, Sharp, Skey, Maisonneuve, Billroth, etc.

Heine réséqua pour une affection de la mâchoire inférieure une partie de l'épaisseur du corps de l'os y compris quelques racines dentaires. Au bout de deux mois et demi, la régéné-

---

(1) Guyon, art. *Maxillaire* du *Dict. encycl.*, p. 360.
(2) *Ueber Phosphornekrose des Kieferknochen*, in *Archiv des Heilkunde*, 1868, p. 71.

ration osseuse était complète et les dents n'avaient subi aucun changement depuis l'opération (1).

Dans le cas de Perry, la nécrose, qui durait depuis 6 ans, (de 14 à 20 ans), se trouvait étendue à toute la mâchoire ; on enleva d'abord le corps, puis le lendemain la branche droite et trois semaines après la branche gauche ; la muqueuse buccale, les gencives et les dents furent respectées. Un an après, celles-ci étaient encore en place, mais comme l'os ne s'était pas reproduit, leur soutien n'était pas assez solide pour les faire servir à la mastication, et d'ailleurs la forme irrégulière de l'arc maxillaire n'avait pas conservé aux dents des rapports normaux et convenables pour la mastication avec celles de la mâchoire supérieure. Les dents étaient néanmoins conservées, seulement attachées par la gencive, et probablement par du tissu fibreux développé autour de leur périoste (2).

Sharp enleva les deux tiers de la mâchoire inférieure y compris les alvéoles, par une incision faite au niveau du bord inférieur de la mâchoire, depuis la deuxième prémolaire gauche jusqu'à la première prémolaire droite. Les dents qui étaient restées en bon état, furent laissées en place, sauf la seconde prémolaire qui fût été extraite. Trois semaines après, la guérison était parfaite : les dents avaient repris leur solidité Dix-sept mois plus tard, elle ne s'était pas démentie. La mâchoire avait recouvré sa charpente et les dents paraissaient être très solides; il y avait donc eu régénération de l'os, et consolidation osseuse des dents par reproduction de leurs alvéoles (3).

Le cas de Skey ne peut entrer en ligne de compte; la relation en a été publiée immédiatement après l'opération, et on ne sait ce que le malade est devenu ; il n'offre d'ailleurs aucun intérêt au point de vue de la conservation des dents, puisque le chirurgien en fit l'extraction après la résection de l'os, parce qu'elles étaient alors irrégulières et mobiles. Cependant elles auraient pu peut-être se consolider, puisqu'on avait conservé le périoste (4).

---

(1) *Journal de Chirurgie*, de Graefe et Walther, vol. 24, p. 547.
(2) *Med. chir. trans.*, 1838, vol. XXI, p. 290.
(3) *Med. chir. trans.*, 1844, vol. XXVII, p. 432.
(4) *Med. Times and Gaz*, 1858, vol. II, p. 447.

M. Guyon s'appuie surtout sur ce fait pour dire que la conservation des dents est de peu d'avantage dans les cas de nécrose, après l'ablation du séquestre. Il prétend qu'elles gênaient le malade par leur manque de solidité, plus qu'elles ne lui servaient ; mais ce cas ne prouve nullement contre la solidité des dents après la reproduction de l'os, puisqu'elles ont été arrachées avant celle-ci. (*Loc. cit.*, p. 360.)

Dans le cas de M. Maisonneuve, elles restèrent solides encore pendant deux ou trois ans, puis finirent par tomber.

Homme de 35 ans, nécrose lente de la moitié droite de la mâchoire inférieure durant depuis six mois, sans cause connue; tuméfaction énorme de la joue avec quatre trajets fistuleux conduisant sur l'os; suppuration abondante et fétide.

Opération : incision sur la ligne médiane de la lèvre inférieure et du menton; autre incision partant de l'extrémité inférieure de la première, parallèlement au bord de la mâchoire, jusqu'au masséter. Un lambeau comprenant les parties molles, et le périoste doublé d'une couche osseuse en voie de formation, fut alors disséqué, et relevé de facon à mettre à découvert toute la branche horizontale de l'os nécrosé. Le séquestre fut enlevé en conservant les gencives et les dents qui s'y trouvaient implantées ; puis le lambeau fut réappliqué avec soin et suturé. Réunion rapide, les dents restées appendues aux gencives, se consolidèrent par le rapprochement des deux lames ossifiées du périoste. Réunion parfaite de la lèvre ; reproduction exacte de la mâchoire. Mais les dents, au bout de deux ou trois ans, ont fini par tomber l'une après l'autre (1).

Malgré l'insuccès final de la conservation des dents, leur séjour pendant deux ou trois ans dans leur place normale a dû rendre au sujet des services assez grands pour qu'on doive imiter la conduite de M. Maisonneuve en pareil cas.

Lorsque la nécrose a lieu dans le jeune âge, avant l'éruption des dents permanentes, il est arrivé quelquefois, lorsque les germes de ces dents ont été épargnés, soit par la nécrose, soit par l'opération qu'elle a nécessitée, que l'éruption des dents permanentes a eu lieu.

---

(1) Maisonneuve, C. R. *Acad. des sciences*, 1861, vol. LII, p. 648.

Ce phénomène a été interprété d'une manière erronée par les premiers observateurs qui l'ont constaté, et qui ont cru avoir affaire à une régénération des dents.

Les auteurs modernes, Ollier, Heath, Tomes, Guyon, etc., se sont élevés avec raison contre cette manière de voir.

M. Ollier admet seulement que, si chez les enfants on ménageait les germes de la seconde dentition, ces germes pourraient éprouver un certain retard dans leur développement (2). Ce savant chirurgien dit que, d'après Wagner, c'est Schulze qui aurait signalé le premier la formation de nouvelles dents au sein d'une mâchoire régénérée (3). Cependant Wagner ne se prononce pas sur la question de priorité, car il s'exprime ainsi : « et même, dans un cas rapporté par Schulze, des dents nouvelles se formèrent dans l'épaisseur de la nouvelle mâchoire. »

D'ailleurs, la même particularité avait déjà été signalée par Krimer (1).

Les cas de prétendue régénération des dents, dit encore M. Guyon, reposent sur une fausse interprétation des faits. Ils ont tous été observés sur des enfants dont la seconde dentition n'était pas achevée. (*loc. cit.* page 360).

» M. Oliver Chalk a présenté à la Société Odontologique de Londres, un certain nombre d'observations sur lesquelles il s'appuie pour admettre la possibilité d'une véritable reproduction des dents. Les loges osseuses des dents permanentes étaient manifestement comprises dans le séquestre ; on n'en vit pas moins, contre toute attente, des dents apparaître au niveau de la partie nécrosée. Tomes, sans nier ces faits, suppose que les germes des dents étaient restés attachés à la surface de l'os sain, aux limites de la partie nécrosée et de la partie vivante ; la partie osseuse qui les entourait ayant seule

---

(1) *Traité de la régénération des os*, vol. II, p. 148, 1867.

(2) Wagner, *Ueber die Heïlungsprozess nach Resectionem und Extirpation der Knochen*, 1853. — Trad. par P. Broca dans *Arch. gén. de méd* V^e ser, vol. II. p. 72?, 1853.

Schulze, *nécrose du maxiliaire inférieur, régénération de l'os, reproduction des dents*, in *Journal de chir.* de Graefe et Walther, vol. XXII. p. 554, 1843.

(3) Krimer. — *Carie du maxillaire supérieur et reproduction des dents*, in *Journ. de Chir.* de Grœfe et Walther, volume X, page 606, et *Arch. gén. de méd.* 1re série, volume XVIII, page 426, 1828.

été emportée. L'os nouveau aurait formé aux germes dentaires ainsi conservés une enveloppe nouvelle et leur évolution ultérieure aurait été possible. (*Dental Surgery*, page 75).

Quelle que soit l'explication que l'on adopte, il faut admettre les conclusions de Tomes ; jamais en effet, chez l'adulte les dents ne se reproduisent ; s'il y a dans quelques cas, apparence de régénération chez l'enfant, c'est que les germes dentaires normaux respectés par la nécrose se sont développés après l'expulsion du séquestre. Il n'y a pas production de nouvelles dents, mais simplement évolution anormale, quant au siège, ou à l'époque de germes normaux. Cette interprétation erronée contre laquelle nous nous élevons ici, a été bien plus souvent encore émise à propos de quelques faits d'éruption tardive. Des dents canines, des dents de sagesse poussant à usage quelquefois très avancé (Isabeau, 120 ans, Menzelins, 110 ans) ont été considérées comme appartenant à une *troisième* ou *quatrième* dentition. Nous avons eu pour notre part plusieurs fois l'occasion de faire la lumière sur certains faits qui étaient soumis à notre appréciation comme exemple de dentition supplémentaire par régénération des dents. Nous n'avons jamais rien observé qui infirme cette loi admise par les auteurs, que l'homme n'a que deux dentitions (Voir des leçons que nous avons publiées, *Gazette des Hôpitaux* 1876, 21 et 23 Mars).

M. Heath (*Injuries and diseases of the jaws*. 1868, page 106.) a émis une opinion semblable à propos de ces faits, dont M. Bryant a publié des exemples convaïncants.

Enfant de 7 ans, affection fébrile en Juillet 1861 ; nécrose consécutive des alvéoles des incisives supérieures ; le 28 Octobre, ablation du séquestre, avec une dent saine ; on vit les dents permanentes, mises à nu par le séquestre, et deux mois après, elles étaient solides et continuaient leur éruption (1).

Garçon de 5 ans ; nécrose des procès alvéolaires gauches de la mâchoire, inférieure datant de 3 ou 4 mois, et survenue sans cause appréciable. Avec une pince on enleva le séquestre, contenant les dents temporaires, qui étaient saines, et on vit

(1) Bryant, *Diseases of upper and lower Jaws*, rom *Guy's*, *Hosp. Rep.* 1870. 3e ser. vol. XV, p. 234.

nettement au-dessous les couronnes des dents permanentes; elles étaient mobiles et semblaient près de tomber. Pendant 3 mois, on vit de temps en temps ce malade; et les dents devenaient de plus en plus solides (1).

Ces faits mettent hors de doute l'importance qu'il peut y avoir à respecter les germes dentaires en cas d'opération sur les mâchoires, chez les jeunes enfants. Ils sont donc de nature à attirer l'attention sur la pratique à suivre en pareil cas.

Chez les enfants, dit M. Guyon, on se souviendra que les germes des dents permanentes restent quelques fois intacts derrière la portion d'os nécrosée; on devra donc, pour ne pas en compromettre le développement, apporter un soin particulier à l'extraction du séquestre (*loc. cit.* p. 365).

Chez l'adulte, la conservation des dents conduit à d'autres précautions opératoires.

Dans certains cas, soit que la nécrose ait épargné le bord alvéolaire, soit que les dents paraissent encore assez solides pour être conservées, il est préférable d'aller à travers la peau à la recherche du séquestre (p. 366).

Bien que les cas de Sharp et de Maisonneuve ne soient pas tout à fait favorables à la conservation, il ne faudrait donc pas imiter la conduite de Skey, et procéder à l'extraction des dents avant la régénération de l'os, sous prétexte qu'elles sont déviées et mobiles. Il faudrait au contraire profiter de leur mobilité pour les ramener à leur place normale, ou à leurs rapports normaux avec les dents de la mâchoire opposée, à l'aide d'appareils de maintien. Ces appareils, luttant contre l'action des muscles insérés à la mâchoire, et qui tendent à donner à l'os nouveau une forme vicieuse, auraient en outre l'avantage de permettre à cet os nouveau de conserver la forme extérieure voulue jusqu'à ce que sa solidité lui permette de résister à l'action des muscles et de fixer les dents au sein des alvéoles nouvelles en voie de formation.

La présence des dents, alors même qu'elles devraient tomber plus tard, sert encore à maintenir les dimensions des parties d'os en voie de reproduction.

---

(1) Bryant, p. 246, obs. 24.

ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

CLINIQUE DU SAMEDI.

Leçon faite aux Élèves de l'École Dentaire de Paris

Par M. G. BLOCMAN,

Médecin de la Faculté de Paris, D. E. D. P., Chef de Clinique à l'Hôpital Dentaire.

DU DIAGNOSTIC

Messieurs,

Dans la pratique dentaire, la première question que se pose un praticien lorsqu'il se trouve en présence d'un malade est celle-ci. De quoi s'agit-il?

La solution d'une telle question nécessite même à notre point de vue spécial et par conséquent restreint, des connaissances cliniques assez étendues.

Nous sommes chargés de vous donner ici les principes fondamentaux de ces connaissances, et de vous mettre ainsi à l'abri de toute erreur grave.

En chirurgie dentaire, comme en chirurgie générale, la solution de la question que nous posions tout à l'heure, c'est le diagnostic, c'est-à-dire l'étiquette posée sur la maladie.

Il est par conséquent, et vous l'avez déjà compris, de toute nécessité d'établir un diagnostic exact, car de lui découlent et le traitement et le pronostic. Il vous est facile d'envisager les conséquences qui peuvent résulter d'un diagnostic faux; traitement non indiqué pouvant donner lieu à des complications plus ou moins graves, opérations inutiles, ablations intempestives, en un mot résultat négatif; tout est à refaire et bien heureux lorsqu'il n'est pas trop tard. Il faut donc s'entourer de mille précautions pour arriver à un bon diagnostic, ne rien laisser inconnu et ne se prononcer que lorsqu'on est bien certain d'avoir réuni tous les renseignements possibles, d'avoir examiné en tous sens ce que l'œil et la sonde peuvent examiner et surtout après avoir bien pesé et discuté dans son esprit les données recueillies. Messieurs, si, après avoir suivi cette marche qui, en somme, est une règle absolue dont on ne

devrait jamais s'écarter on arriverait à un diagnostic faux, il faudrait avoir vraiment peu de chance.

Les deux éléments principaux du diagnostic dentaire sont l'interrogatoire et l'examen, soit à l'œil nu, soit à l'aide du miroir, de la sonde et du doigt. Nous nous servons dans nos recherches d'un miroir grossissant pour éclairer et reconnaître les parties sombres de la cavité buccale.

Il ne faut négliger aucun de ces aides et demander à chacun d'eux le maximum de ce qu'il peut donner.

L'interrogatoire doit porter sur les phénomènes présents et passés, car non seulement il est utile de savoir l'état actuel d'un organe malade, mais il est bon de reconnaître les différentes phases de sa maladie. Par exemple une poussée aiguë survenue au cours d'une périostite chronique, pourrait ne pas éveiller tout d'abord l'idée de chronicité si les antécédents ne venaient éclairer le diagnostic.

Si l'état présent et les antécédents de l'organe affecté sont nécessaires à connaître, ceux du sujet en géneral ne le sont pas moins, car nul de vous n'ignore l'action funeste des fièvres éruptives sur les germes dentaires, de la fièvre typhoïde sur les dents en évolution ou évoluées, enfin de toutes les diathèses ou maladies constitutionnelles héréditaires ou acquises : scrofule, syphilis, diabète, goutte, rhumatisme etc. etc. Il est non seulement utile d'interroger le malade dans ce sens pour connaître les affections qui ont pu agir sur le système dentaire, mais aussi pour connaître les agents thérapeutiques qui ont été employés et dont l'action corrosive ou débilitante a pu se manifester sur les dents. A cet égard, il sera très important de déterminer exactement l'époque à laquelle le patient à été malade, la durée de sa maladie et le traitement qu'il aura suivi.

La profession est un facteur du diagnostic ; vous connaissez tous l'action du phosphore qui a lui seul détermine, chez ceux qui l'emploient, cette terrible nécrose phosphorée du maxillaire. Qui de vous, Messieurs, n'a vu le liseré plombique des saturnins, des peintres qui broient et mélangent des sels de plomb. Enfin vous avez peut-être eu l'occasion de constater l'usure des dents chez les fumeurs de pipes ou chez les

souffleuses de perles, et l'ébranlement des mêmes organes chez les couturières qui ont l'habitude de couper leur fil avec les dents.

L'âge du patient est un point capital, surtout chez les enfants et s'il est vrai que les lois d'éruption permettent d'établir l'âge d'un enfant par la seule inspection de sa bouche, il est également vrai que les irrégularités sont tellement fréquentes, que les plus grandes précautions doivent être prises pour éviter une erreur. Chez l'adulte, l'âge a peut-être un peu moins d'importance, mais il en reprend chez le vieillard, car le travail des maxillaires est un point capital, il peut déterminer certaines affections radiculaires, fatales aux organes atteints.

Je dois maintenant vous mettre en garde contre certaines erreurs qui ne seraient pas de votre fait, mais qui pourraient néanmoins influencer votre diagnostic d'une façon fâcheuse, je veux parler de la sincérité des patients. C'est surtout en matière de médecine et de chirurgie qu'il faut se tenir sur ses gardes, et cependant il arrive aussi dans la pratique dentaire que les malades ne soient pas toujours très francs. Qu'un patient se présente à vous avec une nécrose syphilitique du maxillaire ou une stomatite mercurielle, vous dira-t-il quelle est la maladie ou le médicament qui a causé la complication pour laquelle il vient vous trouver. Quelques tentatives que vous fassiez pour lui arracher un aveu, six fois sur dix, si c'est un homme, vous ne le saurez pas, et si c'est une femme, vous ne le saurez jamais. Il faut agir de ruse, prendre des détours ou bien affirmer l'origine des accidents sans avoir l'air de demander l'approbation du patient qui souvent ne se récrie point. Mais à côté de cela, il y a l'erreur involontaire. Bien des gens viendront vous trouver, affirmant qu'ils ont une dent cariée à la mâchoire inférieure et à l'examen vous ne trouverez que des dents parfaitement saines, ne faites jamais un diagnostic négatif et ne renvoyez pas votre client avant d'avoir scrupuleusement examiné l'arcade dentaire inférieure, là peut être l'origine de la douleur.

Ce phénomène réflexe est connu en pathologie dentaire. D'autres malades enfin vous déclareront de bonne foi avoir eu

toutes les fièvres que vous leur citerez, alors qu'ils n'auront eu que de légères indispositions. Il en est de même de la douleur ; nous ne ressentons pas tous de la même façon, et ce qui est pour l'un une douleur presque insignifiante, est un supplice terrible pour l'autre. La question du diagnostic devient assez complexe, comme vous le voyez, et il convient d'être très circonspect aux différents points de vue que nous venons d'examiner ensemble.

L'examen vient en aide à l'interrogatoire, c'est d'ailleurs lui qui dicte en quelque sorte le questionnaire du praticien.

Cet examen porte sur les parties molles de la cavité buccale, gencives, muqueuse du palais et de la joue, voile du palais et lèvres ; il peut être dirigé vers des parties plus profondes, les tissus sous-muqueux, les muscles et les glandes qui subissent souvent le contre-coup des inflammations dentaires. Il porte encore sur les parties dures, les dents et le squelette. L'examen de la cavité buccale se pratique avec l'œil, aidé du miroir, de la sonde et du doigt.

Les parties dures et surtout les dents sont les plus intéressantes dans notre pratique. La première chose qui frappe l'observateur, c'est la couleur. La couleur d'une dent est très significative, nous savons en effet, que la densité des tissus se manifeste extérieurement par une différence de teinte de l'organe, une dent bleue, par exemple, est faible et peu résistante; une dent jaunâtre, au contraire, est compacte, riche en sels minéraux, au point de devenir cassante. Certaines colorations pathologiques ne sont pas moins caractéristiques, témoin l'aspect gris noirâtre des dents dont la pulpe est morte à la suite d'inflammation ou de traumatisme ; témoin aussi la coloration blanche laiteuse que donne la carie sous l'émail, alors que le point d'attaque est resté limité, tandis que la maladie a gagné en étendue dans l'intérieur de l'organe ; la carie a d'ailleurs plusieurs couleurs. Enfin, d'autres colorations dues à l'action des agents chimiques, le nitrate d'argent, par exemple, dans la cautérisation, des caries du collet, et le résultat des colorants végétaux doivent rester présents à l'esprit.

Il nous reste maintenant à déterminer l'étendue des désordres

qui peuvent survenir dans les tissus dentaires. Ces désordres sont divisés en deux groupes, les premiers sont d'origine interne et générale, tels que coloration anormale, mal formation d'un ou plusieurs tissus, arrêt momentané ou complet dans l'évolution d'un des organes du système dentaire; ils sont généralement dus à des diathèses ou bien ils se produisent sous l'influence d'une fièvre ou de convulsions, etc. Ce groupe fournit les anomalies de nutrition, de forme, de volume et de nombre.

Les seconds sont des désordres d'origine externe. Les agents physiques et chimiques en sont les causes principales et fournissent en première ligne, la carie les luxations les fractures et l'usure mécanique.

C'est surtout ce second groupe qui, comme je vous l'ai dit, doit nous occuper, car il comprend la carie qui est certainement la plus fréquente de toutes les affections dentaires. On reconnaît à la carie plusieurs degrés qu'il est important de différencier car à chacun d'eux correspond un mode de traitement spécial et toute erreur dans le diagnostic peut entraîner par le fait du traitement les désordres les plus graves. Vous avez sans doute pu constater les conséquences fâcheuses d'une application d'acide arsénieux sur une carie du deuxième degré par exemple, conséquences fatales pour la vitalité de l'organe et fatales dans leur production, rarement elles manquent. Chacun sait aussi les douleurs atroces, l'inflammation violente qui se produisent lorsqu'on obture une carie du troisième degré prise pour une carie du deuxième. Donc on explorera avec soin toute cavité après l'avoir débarrassée des débris d'ivoire carié et des aliments qu'elle peut renfermer.

On s'assurera des phénomènes douloureux produits par le contact des aliments ou des liquides froids, chauds, sucrés ou acides et par la mastication.

Nous insisterons sur la valeur diagnostique de ces phénomènes dans une prochaine leçon sur la carie. Enfin, à l'aide de la sonde on cherchera le plus délicatement possible si la pulpe est oui ou non a découvert, il faut en tous cas éviter de la blesser ce qui est d'abord très douloureux et qui de plus à l'inconvénient d'en empêcher sa conservation.

Le choc d'un instrument sur une dent produit un son variable suivant l'état plus ou moins avancé de la carie et une douleur plus ou moins vive suivant le degré d'inflammation de l'enveloppe de la racine, complication fréquemment liée à la carie.

Les luxations sont complètes ou incomplètes, les fractures sont totales ou partielles, il est inutile de s'étendre sur ces mots que vous comprenez bien. Il ne faudrait cependant pas confondre les luxations traumatiques violentes avec les déplacements lents et progressifs occasionnés, soit par la pression d'une dent antagoniste déviée, soit par l'absence de cette antagoniste.

L'usure peut être naturelle et sous l'influence de l'articulation, vous l'avez observée chez les gens dont les dents antérieures se rencontrent bout à bout, ou bien elle est accidentelle, pathologique ou professionnelle : les fumeurs de pipes, les souffleuses de perles et les gens nerveux qui pincent des dents en sont des exemples bien communs.

Pour suivre notre plan, il nous faut maintenant passer en revue les phénomènes qui peuvent survenir du côté du tissu osseux. Comme conséquence des affections dentaires, surtout dans les cas chroniques, le tissu osseux peut devenir le siège d'un travail inflammatoire, il peut, suivant différentes conditions, se résorber ou tout au contraire proliférer, des abcès alvéolaires ou autres peuvent se former, et le pus attaquer le squelette buccal. En un mot, la résorption, la prolifération osseuse, l'ostéite, la nécrose et la carie des os sont autant d'accidents dont l'origine peut être ailleurs que dans le système dentaire, néanmoins ils peuvent aussi la dépendre. C'est surtout ici, Messieurs, qu'il est de toute nécessité de reconnaître exactement l'étiologie des phénomènes pour lesquels vous êtes consultés, car le traitement varie du tout au tout. En effet, alors qu'il suffirait de pratiquer l'extraction d'une racine ou d'une dent pour tarir immédiatement une fistule au menton, par exemple, opération souvent des plus simples, vous exposez votre malade à des souffrances plus pénibles et absolument inutiles en l'envoyant au chirurgien qui, lui, n'est pas toujours en garde contre l'origine dentaire de certaines affections.

Je vous ai cité la fistule au menton, car j'ai vu dans un de vos hôpitaux de Paris, une jeune fille de 20 ans à laquelle on avait fait deux fois la section complète des parties molles de la région mentonnière, pour mettre le maxillaire à nu et ruginer des portions d'os nécrosé, alors qu'il ne s'agissait que d'une fistule occasionnée par la racine d'une incisive centrale inférieure. Après deux opérations et trois mois d'un traitement inapproprié, cette jeune personne a été complètement guérie en quinze jours par l'ablation de la racine et quelques injections antiseptiques, il ne lui est resté que les traces du bistouri. Cet exemple vous prouve combien il faut être prudent avant de devenir affirmatif, et combien les complications les plus graves peuvent avoir une petite cause, une dent.

Nous arrivons maintenant à l'examen des parties molles. En première ligne la muqueuse gingivale nous intéresse, sa coloration a comme celle des tissus dentaires une valeur pathognomonique, sa rougeur exagérée et localisée est le signe d'une inflammation plus profonde dont nous parlerons tout à l'heure. Tout au contraire, sa paleur peut-être un indice d'anémie, son boursoufflement et l'irrégularité de ses bords sont souvent le reflet de la constipation ou d'un trouble circulatoire quelconque, congestion, règles, etc. etc. La gencive peut encore être influencée par le travail d'éruption des dents. Mais à côté de ces faits qui tiennent à des causes internes, il ne faut pas oublier que les bords déchiquetés des caries ou des racines irritent la muqueuse, la coupent et deviennent dans certains cas la cause d'indurations qui ont été prises trop souvent pour des tumeurs de mauvaises natures et opérées comme telles. Ce sont là des erreurs semblables à celles qui se commettent pour les os, erreurs que je vous signalai il y a quelques instants et dont la gravité qui met en jeu la vie du patient ne peut vous échapper.

Le tartre exerce aussi une action irritante sur les gencives ; nous étudierons dans une prochaine leçon ces différentes sortes de gingivites.

Directement en continuité avec la muqueuse buccale, se trouve une membrane fibro-vasculaire, un tissu mou, le périoste qui est parfois le siège des phénomènes douloureux.

La périostite est aiguë ou chronique, elle est la conséquence de la carie ou bien encore le résultat d'un traumatisme, d'un choc, de changements thermiques brusques ; elle est parfois légère et insignifiante, mais elle peut aussi devenir intense envahissante et grave par les abcès et les désordres qu'elle entraîne du côté du tissu osseux, désordres dont nous venons de parler. Il faut donc la chercher toujours et toujours la combattre. La douleur qu'occasionne la pression exercée avec un corps quelconque sur la dent soupçonnée ou simplement celle qui résulte du contact des deux arcades, est un signe de périostite que complète la congestion de la gencive. Les mêmes causes peuvent agir sur la pulpe dentaire autre tissu mou et déterminer une inflammation d'autant plus graves qu'elle peut se terminer par la mort de l'organe. L'action de certains médicaments et quelques maladies peuvent la produire. (Acide arsénieux, Choléra).

La périostite, l'abcès alvéolaire et les complications osseuses sont souvent le résultat de cette inflammation pulpaire.

Les phénomènes plus éloignés, trismus, névralgies, adénites, tumeurs malignes ou bénignes et d'autres affections qui se rattachent à des lésions du système dentaire, tout en ayant l'air de n'avoir aucune relation avec lui doivent tenir votre esprit attentif et vous faire rechercher de son côté. Nous reviendrons d'ailleurs dans les prochaines cliniques sur chacun de ces points qui demandent à être développés.

G. B.

Luxation de la Machoire inférieure provoquant des attaques d'épilepsie. — Réduction de la luxation au bout de 10 mois seulement. — Guérison.

M. le Dr J. S. Mac Ardle, Membre de la Société Médico-Chirurgicale de Londres, nous donne sur ce cas intéressant les détails qui suivent :

« Homme de 26 ans. Il y a cinq ans, luxation de la mâchoire « inférieure, suivie immédiatement de plusieurs attaques d'é- « pilepsie ; elle fut alors réduite et une ou deux fois après, de « nouvelles attaques revinrent. Le 1er Janvier 1884, en bâil-

« lant, seconde luxation suivie également d'épilepsie. Ces « attaques n'avaient pas reparu depuis plusieurs mois, lors- « qu'il entra le 19 Novembre 1884, à l'hôpital Saint-Vincent, « et le 25 dans le service de M. Mac Ardle, qui constata une « luxation bilatérale : mouvements assez bien conservés ; les « dernières molaires de la mâchoire inférieure sont en con- « tact avec la première et la seconde supérieure, d'où gêne « considérable de la parole et de la mastication ; malade pâle « et émacié.... — Bien que les chances de réduction parussent « minimes, l'état misérable du patient porta le chirurgien à la « tenter. Il la réussit sans chloroforme le 29 Novembre à l'aide « d'une pince analogue à celle de Heyfelder, mais modifiée. « La mâchoire fut fixée avec une bande élastique qui permet- « tait à la bouche de s'ouvrir un peu, et le patient nourri « avec des liquides pendant quelques jours.

« Le 30 Novembre, l'articulation temporo-maxillaire devint « douloureuse et tuméfiée ; la douleur augmenta et le « 1er Décembre, survint une attaque d'épilepsie ; le 2, le 3 et « le 4, une nouvelle attaque chaque jour. Le 4 on enlève la « bande, on met un cautère à la nuque et on administre le « bromure de potassium. Depuis, pas de tendance au dépla- « cement, alimentation solide, plus d'attaque d'épilepsie (1). »

Les points remarquables de cette observation sont : 1° la possibilité de réduire une luxation aussi ancienne ; 2° l'absence d'anesthésie ; 3° l'emploi d'une bande élastique pour retenir la mâchoire après la réduction ; 4° l'épilepsie consécutive.

D'après les auteurs, il n'y avait pas eu de réduction après 4 mois, et l'opinion générale est qu'après cette époque il est inutile de la tenter. Physic a obtenu une réduction au bout de 63 jours ; Demarquay, de 83 ; Denor, de 90 ; Polleck, de 120.

M. Mac Ardle a renoncé à l'anesthésie dans ce cas, parce qu'après la réduction, les muscles pouvant ainsi se contracter, contribuent à retenir la mâchoire en place ; parce que la douleur n'est pas considérable lorsque les manœuvres sont efficaces ; enfin, pour éviter les nausées, et les vomissements consécutifs à l'éthérisation par lesquelles aurait pu se reproduire la luxation.

---

(1) The med. Press and circular, 18 Mars 1885, p. 230.

L'emploi d'une bande élastique qui, tout en permettant quelques mouvements de la mâchoire, les limite assez pour éviter une récidive dans les quelques jours qui suivent la réduction, est très utile comme moyen contentif, mais n'est pas nouveau; on a pu la voir appliquer il y a une quinzaine d'années à l'hôpital Lariboisière par M. le professeur Verneuil.

L'épilepsie avait déjà été signalée souvent comme cause de luxation de la mâchoire, mais jamais, non, comme effet de cette lésion. La luxation a agi dans ce cas comme toutes les blessures chez les épileptiques ; elle a réveillé la maladie latente, soit que celle-ci eût éclaté auparavant chez le malade, ce que ne dit pas l'observation, soit au contraire qu'elle fût encore à l'état larvé, auquel cas la luxation aurait provoqué les premières manifestations convulsives de l'épilepsie.

Plusieurs mois après, la luxation était restée réduite, et les mouvements de la mâchoire permettaient la mastication et la parole aussi bien que possible.

D^r Th. DAVID.

COMPTE-RENDU GÉNÉRAL DES TRAVAUX
ET
HISTORIQUE DE LA SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE
1881-1885

Lu à la réunion du 17 Mars 1885, par G. Blocman, Secrétaire général.

Messieurs,

Je dois, selon l'usage établi, vous rendre compte des travaux accomplis pendant le dernier exercice. Sur la demande de mes collègues, j'ai ajouté à cette revision un aperçu rapide des travaux et règlements de votre société depuis sa fondation. Le bureau, en m'honorant de ce soin, a voulu écrire la première page des annales de la Société d'Odontologie, espérant ainsi encourager ceux qui, dès le début, ont participé à son développement et stimuler les nouveaux adhérents à suivre l'exemple de leurs aînés. Je vous demande, Messieurs, toute l'indulgence

que je vous connais, car la tâche est un peu lourde et je suis encore jeune dans mes fonctions de Secrétaire.

Il y a trois ans à peine, qu'étiez-vous ?

L'Association scientifique dont la fondation avait été ménagée, il est vrai, était encore à l'état de possibilité, maintenant Messieurs, cette association existe, elle fonctionne et donne des résultats qui dépassent tout ce que vous osiez espérer. Si nous ne voulions considérer que les travaux de l'année qui vient de s'écouler et les comparer à ceux des années précédentes, vous verriez une différence sensible ; partout on devine un intérêt plus grand, un dévouement plus entier, des recherches plus approfondies. Preuves évidentes que la Société suit une marche ascendante. De ce côté le bureau ne peut, Messieurs, que vous féliciter chaudement et vous remercier, car votre zèle a rendu sa mission plus aisée, il lui a suffi en effet de maintenir la Société dans la voie suivie dès l'origine. En continuant de la sorte, vous ne pouvez manquer d'arriver à un succès complet, succès déjà confirmé mais encore trop récent pour que vous ne cherchiez à bien l'établir et même, j'ose le dire sans crainte de vous offenser, à faire mieux. Vous avez eu la volonté d'élever la Société d'Odontologie à la position qu'elle occupe aujourd'hui, vous aurez le courage de la porter plus haut !

Pourquoi n'en serait-il pas ainsi? le passé ne fait-il pas bien présager de l'avenir. N'êtes-vous pas sortis de cette phalange de travailleurs qui, renversant les obstacles, ont créé d'une pièce la première École Dentaire en France, cette même École qui fit rire les incrédules pour les étonner ensuite et les rendre jaloux plus tard.

Votre Société n'est-elle pas la cadette de cette école, et comme sa sœur aînée, n'a-t-elle pas eu pour soutenir ses premiers pas, l'appui de ces maîtres dévoués, Docteurs en médecine et Dentistes, qui n'ont pas craint de jeter les premiers les bases d'un enseignement jusqu'alors inconnu chez nous. Ne compte-t-elle pas parmi ses membres de vieux praticiens qui ont dû s'initier par des observations personnelles à une science qu'ils ne pouvaient puiser ailleurs ; et à côté d'eux, des jeunes gens diplômés, ardents au travail et désireux d'acquérir un

bagage scientifique aussi complet que possible, tout en aidant de leurs efforts au relèvement de la profession. Avec de tels éléments, Messieurs, la Société d'Odontologie ne peut que marcher en avant, du moins nous en avons tous la ferme conviction.

Est-il besoin d'insister sur les avantages, sur la nécessité d'une Société d'Odontologie? non, car il n'en est pas un de vous qui n'ait trouvé ici une idée nouvelle ; pas un qui n'ait entrevu dans une des nombreuses observations exposées dans nos réunions un fait qu'il avait peut-être cherché sans pouvoir l'établir. Enfin, qui de vous, Messieurs, n'a retrouvé en maniant la rugine un cas semblable à l'un de ceux présentés par ses collègues, et qui de vous n'en a profité pour essayer une pratique qu'il n'aurait peut-être jamais tenté, faute d'indications précises. Mais je me place à un point de vue bien étroit, votre programme est plus étendu, plus large. Il ne faut pas oublier que vos séances sont publiées, que les communications de chacun sont expédiées par toute la France et même à l'étranger ; que le journal de l'Association « *L'Odontologie* », répand dans le monde professionnel et scientifique, le fruit de votre labeur, instruisant ceux qui ne peuvent échanger d'idées qu'avec eux-mêmes ou qui, n'ayant qu'une pratique restreinte, ne peuvent étudier les affections compliquées que la clinique offre tous les jours à notre observation. N'avez-vous pas droit de ce chef à la reconnaissance de tous, et ne pouvez-vous êtes fiers d'avoir entrepris une tâche aussi noble ! Mais, Messieurs, vous l'avez déjà compris, en travaillant pour vous-même et pour tous, vous travaillez aussi pour la science dont vous élevez chaque jour le niveau, vous contribuez d'une façon toute spéciale à l'évolution de l'Art dentaire en France, en un mot vous atteignez le but que vous vous étiez proposé.

Quelle satisfaction plus parfaite et plus légitime pouvez-vous espérer !

De ce côté, il y avait tout à faire chez nous ou à peu près ; il sera donc intéressant de voir par quelle suite de transformations administratives et d'efforts intellectuels, la Société d'Odontologie est arrivée, en trois années, au point où nous la trouvons aujourd'hui. C'est ce que je vais essayer d'exposer devant vous.

Historique.

Messieurs, c'est à l'infatigable initiative de M. Godon, secrétaire général de l'Ecole Dentaire, que nous devons d'assister, le 6 Décembre 1881, à la première réunion préparatoire d'organisation de la Société ; réunion provoquée par une lettre de convocation dont voici la teneur :

Paris, le 1er Décembre 1881.

Monsieur et cher Collègue,

Le Cercle des Dentistes de Paris, lorsqu'il vota le projet de fondation d'une École et d'un Hôpital Dentaires libres, inséra dans les règlements quelques articles (23-24-25-26, 1re brochure) traitant de la fondation à Paris, grâce au corps enseignant de l'École *d'une haute société odontologique chargée de donner à l'Art Dentaire en France, la plus vive impulsion.*

Les travaux qui ont été nécessaires pour procéder à la fondation de l'École et assurer son développement, n'ont pas permis jusqu'à ce jour de mettre ce projet à exécution.

Mais, aujourd'hui que l'École est entrée d'une façon brillante, dans sa seconde année ; que le succès qu'elle a obtenu nous est un sûr garant de son avenir, nous avons pensé que le moment était enfin arrivé de procéder à la création de cette Société, certains que nous compléterons ainsi l'œuvre de régénération professionnelle que nous avons entreprise, et assurerons à l'Odontologie en France un organe nécessaire à son développement.

J'ai donc l'honneur de vous prier d'assister, comme .... de l'École, à la séance d'organisation qui aura lieu le 6 Décembre à 8 heures, au siège de l'École, 23, rue Richer.

Veuillez agréer, Monsieur et cher Collègue, l'assurance de mes sentiments de bonne confraternité.

Ch. GODON,
Secrétaire général de l'École et de l'Hôpital Dentaires libres,
Président du Cercle des Dentistes de Paris.

Ordre du jour : *Projet de Statuts ; Nomination d'un Comité d'organisation.*

Comme je vous l'ai dit plus haut, vous voyez, Messieurs, que la Société d'Odontologie existait dans l'esprit des fondateurs de l'École et qu'elle avait été désignée dans les premiers règlements comme devant être constituée « grâce au corps enseignant ».

Nous verrons plus loin que cette base a été élargie, dès la première heure, et que les diplômés ont été appelés à faire partie de la Société.

Cette première réunion eut pour résultat la nomination d'un Comité d'organisation composé de :

MM. le Dr Aubeau, Levett, Ramonat, Thomas, Godon, Jourd'heuil, Pillette, Poinsot, Viau.

Enfin le Comité, après avoir élaboré tout un projet de réglementation, lançait une nouvelle convocation pour le 30 Décembre 1881.

Vous remrquerez, Messieurs, l'empressement apporté à ces différents travaux préliminaires, vous y verrez sans doute le désir d'ajouter à la première création, l'École dentaire ; ce complément nécessaire, la Société d'odontologie qui fut appelée à cette époque Association scientifique de l'École dentaire de Paris.

Nous trouvons dans le numéro de l'Odontologie, Février 1882, le règlement adopté dans la séance du 30 Décembre précédent.

ASSOCIATION SCIENTIFIQUE DE L'ÉCOLE DENTAIRE LIBRE DE PARIS

BUT DE LA SOCIÉTÉ.

Art. Ier. — Il est institué à l'École Dentaire libre de Paris une Association scientifique ayant pour but de vulgariser les connaissances acquises ayant rapport à l'art ou à la science dentaire et de produire et de discuter les faits nouveaux.

Art. II. — La Société prend le titre d'*Association Scientifique de l'École Dentaire libre de Paris*.

COMPOSITION DE LA SOCIÉTÉ.

Art. III. — La Société se compose de membres titulaires et de membres adjoints.

Art. IV. — *Membres titulaires.* — Sont admis comme membres titulaires :

1° Le Directeur et le corps enseignant de l'École ;

2° Les membres adjoints, après un vote sur un travail présenté, intéressant l'Odontologie (art ou science dentaire).

Art. V. — *Membres adjoints.* — Sont admis comme membres adjoints :

Les diplômés de l'École Dentaire de Paris, sur la présentation de leur thèse.

Art. VI. — Les membres de la Société paient une indemnité annuelle de seize francs.

ADMINISTRATION.

Art. VII. — *Conseil.* — L'Association est administrée par un Conseil composé de 7 membres dont :

1 Président, 2 Vice-Présidents, 1 Secrétaire général, 1 Secrétaire particulier, 1 Trésorier et 1 Bibliothécaire-Archiviste.

Le Président est chargé de présider les séances, de diriger les débats, recevoir les communications et apposer sa signature sur toutes les pièces importantes de la Société.

L'un des deux Vice-Présidents assiste le Président ou le supplée lorsqu'il est empêché.

Le Secrétaire général prépare les séances de la Société, se charge de la correspondance, revoit et vérifie tout ce qui doit être publié, veille à l'exécution du règlement et des décisions de la Société, et fait les convocations. Il fait un rapport annuel sur l'ensemble des travaux de la réunion.

Le Secrétaire particulier est chargé de la rédaction des procès-verbaux des séances. Il remplace le Secrétaire général dans ses fonctions lorsqu'il est empêché.

Le Trésorier reçoit toutes les sommes appartenant à la Société et en acquitte les dépenses. Il présente à la fin de l'année un compte général de l'état des dépenses et des recettes. Il est responsable.

Le Bibliothécaire-archiviste reçoit toutes les publications, travaux, mémoires, collections présentées ou adressées à la Société, qu'il classe, et dont il tient un catalogue. Néanmoins, les ouvrages ou collections appartenant à l'Association resteront à l'Ecole et lui seront acquis dans le cas où l'Association prendrait un local particulier ou cesserait d'exister.

Art. VIII. — Les membres du Conseil sont nommés tous les ans en Assemblée générale de janvier, à la majorité des membres présents.

(Les membres adjoints peuvent être appelés à faire partie du Conseil.)

ASSEMBLÉES MENSUELLES.

Art. IX. — L'Association se réunit le 3e mardi de chaque mois sur convocation spéciale adressée par le Secrétaire général à tous les membres titulaires ou adjoints et contenant l'ordre du jour.

Art. X. — Les travaux des séances mensuelles se composent de la lecture du procès-verbal de la séance précédente, de la correspondance, des élections, des rapports des commissions, de la lecture des observations, mémoires, ouvrages des membres de la Société, ou adressés à la Société, de l'exposition ou de la démonstration d'objets matériels, etc.

Art. XI. — Les travaux des personnes étrangères à la Société peuvent être présentés et lus soit par l'auteur, soit par un membre de la Société.

Art. XII. — Peuvent assister aux séances mensuelles :

1° Les membres titulaires ;

2° Les membres adjoints ;

3° Des personnes étrangères à la Société sous la responsabilité d'un membre présent.

Art. XIII. — Les membres titulaires et les membres adjoints peuvent

prendre part aux discussions, mais les membres titulaires seuls ont droit de vote.

ASSEMBLÉES GÉNÉRALES.

Art. XIV — L'Assemblée générale a lieu tous les trois ans, le 3e mardi de janvier, pour procéder au renouvellement du Conseil. — Le secrétaire-général fait, au nom du Conseil, un rapport sur sa gestion et sur l'ensemble des travaux de l'année qui vient de s'écouler.

ÉLECTIONS.

Art. XV. — Pour être *membre titulaire*, le membre adjoint doit adresser au Secrétaire général une demande contenant ses nom, prénoms, titres et qualités; ainsi qu'un travail manuscrit ou imprimé sur un sujet ayant rapport à l'Odontologie.

Art. XVI — Le Secrétaire général présente la demande en séance et remet toutes les pièces à une commission spéciale après que le candidat a donné lecture de son travail.

Art XVII — La commission, après avoir pris connaissance des titres du candidat, ainsi que du travail présenté, fait un rapport sur lequel il est statué. L'élection se fait au scrutin secret et à la majorité absolue des membres présents.

Art. XVIII. — Pour être *membre adjoint*, il faut adresser au secrétaire général une demande contenant ses nom, prénoms, âge, titres et qualités, ainsi que la thèse subie par le candidat pour obtenir le *diplôme* de l'École.

Art. XIX. — Le Secrétaire général donne en séance communication de la demande et présente le nouveau *membre adjoint* qui donne lecture de sa thèse.

Art. XX. — Les diplômés de l'École Dentaire de l'année scolaire 1880-81, ayant concouru à la fondation de la présente Société, seront de suite *membres adjoints*. Il leur sera accordé deux mois, après la fondation de la Société, pour présenter leur thèse.

RADIATIONS.

Art. XXI. — L'Association se réserve le droit de prononcer la radiation d'un *membre indigne*. L'exclusion sera prononcée après enquête sur le rapport d'une commission spéciale composée de cinq membres dont les conclusions seront acceptées ou rejetées par un vote sans discussion et au scrutin secret.

PUBLICATIONS.

Art. XXII. — Les travaux de la Société sont publiés dans les journaux de la profession, au besoin dans un organe spécial. Ils se composent des Procès-verbaux de ses séances, des Rapports, des Mémoires fournis par les membres de la Société ou des personnes étrangères, ainsi que de tout ce que la Société jugera après délibération digne d'être publié. — Le Secrétaire général revoit, vérifie et classe tout ce qui doit être publié.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES.

Art. XXIII. — En cas d'insuffisance du présent Règlement, il y sera pourvu par une délibération expresse de la Société, après un Rapport d'une Commission spéciale, discuté à la séance suivante.

Les Membres du Comité d'Organisation :

Dr AUBEAU, GODON, JOURD'HEUIL, LEVETT, PILLETTE, POINSOT, Dr RAMONAT, Dr THOMAS, G. VIAU.

Le 27 Janvier 1882, le bureau était ainsi constitué.

MM. Lecaudey, Président ;
Dr Aubeau, Poinsot, } Vice-Présidents ;
Dr Ramonat, Secrétaire général ;
Pillette, Secrétaire des séances ;
G. Viau, Trésorier ;
Dr Viron, Bibliothécaire ;

Dès lors commencèrent les travaux de la Société, travaux que nous analyserons plus loin. Le bureau, conformément aux statuts, fut renouvelé en Janvier 1883 avec cette seule différence, que M. Godon remplaçait M. Pillette dans ses fonctions de secrétaire. Pendant le courant de l'année, MM. Ramonat et Viron donnèrent leur démission et M. Godon, secrétaire des séance, devint secrétaire général.

Le bureau ne fut pas modifié en Janvier 1884, comme l'indiquait les règlements, parce qu'il était déjà question de fusion entre les différents groupes réunis autour de l'École dentaire et que des pourparlers étaient engagés à cet effet.

Ce ne fut qu'en Mars 1884 que cette fusion fut acceptée d'une façon générale et le 23 du même mois l'Association scientifique devint, sous le nom de Société d'Odontologie, une des branches de l'Association générale des Dentistes de France.

Dans les statuts généraux de ce nouveau corps deux articles intéressent particulièrement votre société, ce sont (1) :

Art. 3. — L'Association générale organise :

1° Une École professionnelle et un Hôpital dentaire, qui prennent le titre d'École et Hôpital dentaires libres de Paris ;

2° Une réunion scientifique qui prend le titre de : *Société d'Odontologie de Paris*, etc.

Art. 35. — § 2. La Société d'Odontologie seule se nomme un bureau composé de :

Un Président ;
Deux Vice-Présidents ;
Un Secrétaire général ;
Un Secrétaire des séances.

---

(1) Voir les statuts dans l'*Odontologie*, avril 1884, page 125.

En vertu de l'article 35, § 2 que je viens de vous signaler, dès la première réunion on nomma un bureau ainsi composé :

Président :	M. Lecaudey,
Vice-Présidents :	M. le Dr Aubeau ; M. Poinsot.
Secrétaire général :	M. Blocman.
Secrétaires des séances :	M. Bioux. M. Legret.

Vous remarquez, Messieurs, qu'il y a double nomination des secrétaires des séances, c'est en raison de l'importance de ce poste qui est très chargé et que la meilleure volonté aurait peine à remplir complètement seule.

Tel est, Messieurs, d'une façon aussi brève que possible, l'historique de votre Société. L'administration en a toujours été bonne et, grâce à elle, le fonctionnement a été aussi satisfaisant que possible. Il faut cependant signaler dans les recherches que j'ai faites, l'absence complète des procès-verbaux de quelques-unes des premières séances, mais, renseignements pris, ces séances n'ont pas eu lieu faute de convocation. De tels faits sont excusables.

Messieurs, surtout lorsqu'on prend en considération le peu d'expérience de tous les débutants en matière d'administration et surtout la tâche absorbante que s'étaient imposée ceux qui, depuis la première heure, étaient à la tête du mouvement scientifique dont votre Société est non seulement un des premiers effets, mais encore un des meilleurs résultats.

Voici maintenant, classés sous quatre dénominations, les communications qui ont été faites à la Société et publiés dans *l'Odontologie* jusqu'à la fin de l'année qui vient de s'écouler.

Clinique Dentaire.

Dr Aguilhon de Sarran. — Kystes dentaires. *Odontologie*, Juin 1884, page 175.

Bioux. — Extraction d'une dent anormale. *Odontologie*, Août 1884, page 245.

Blocman. — Fracture dentaire spontanée. *Odontologie*, Mai 1884, page 143

Butlin. — Pulpe ossifiée. *Odontologie*, Juin 188', page 211.

— Fissures de la muqueuse. *Odontologie*, Avril 1883, page 96.

Cochat. — Réimplantation. *Odontologie*, Décembre 1884, page 372.

Godon. — Fracture d'une incisive centrale supérieure gauche. *Odontologie*, Juin 188?, page 211.

— De la résorption des racines des dents permanentes. *Odontologie*, Juillet 1884, page 217.

E. Lecaudey. — Exostose interne d'une racine de la troisième grosse molaire inférieure gauche. *Odontologie*, Avril 1882, page 138.

— Déviation de l'incisive centrale supérieure droite (moulage).

— Fracture d'une incisive, tumeur pulpaire consécutive. *Odontologie*, Avril 1883, page 96.

— Ostéo-périostite et nécrose de l'extrémité radiculaire d'une canine. *Odontologie*. Avril 1883, page 96.

Dr Levett. — Traitement d'une fistule chronique. Réimplantation. *Odontologie*, Octobre 1883, page 302.

— Présentation d'une réimplantation. Observation de M. Barié. *Odontologie*, Août 1884, page 245.

Poinsot. — Nécrose du maxillaire d'origine dentaire simulant un sarcome à marche rapide. *Odontologie*, Juin 1882, page 211.

— Racine nécrosée chez un enfant de 4 ans.

Prevel. — Exostose radiculaire. *Odontologie*, Mars 1884, page 91.

Ribard. — De la carie charbonneuse. *Odontologie*, Avril 1882, page 138.

Anatomie.

Dr Aguilhon de Sarran. — De la présence des vaisseaux sanguins à l'extrémité des racines dentaires. *Odontologie*, Avril 1884, page 113.

Berrault. — Don au musée de l'École, d'une tête d'hippopotame tué au Congo. Conférence. *Odontologie*, Octobre 1883, page 302.

Bioux. — Molaire inférieure présentant quatre racines. *Odontologie*, 1884, page 6.

Godon. — Dent temporaire surnuméraire. *Odontologie*, Mai 1884, page 143.

Lecaudey. — Moulage d'un maxillaire inférieur contenant une incisive centrale permanente soudée avec une latérale du même côté.

Lemerle. — Présentation d'une défense d'éléphant. Don du souverain de l'Annam. *Odontologie*, Décembre 1884, page 375.

Martial. — Moulage d'une bouche avec dent surnuméraire horizontale. Odontologie, Mai 1882, page 169.

Poinsot. — Moulage. Anomalie de disposition d'une canine.

— Dents anormales. *Odontologie*, Juin 1882, page 211.

— Antéversion des incisives supérieures. *Odontologie*, Mars 1884, page 91

— Quatre cas d'anomalie. *Odontologie*, Décembre 1884, page 371.

Viau. — Anomalie dentaire. *Odontologie*, Mars 1884, page 91.

Clinique chirurgicale et médicale.

Thérapeutique.

Dr Aubeau. — Osteo-périostite raréfiante suppurée. *Odontologie*, Mai 1882, page 169. Voir *Odontologie*, Mars 1882, page 81.

— De l'Anesthésie prolongée par le protoxyde d'Azote sous pression et mélangé à l'oxygène. *Odontologie*, Mars et Avril 1884.

Dr David. — Du chlorhydrate de cocaïne *Odontologie*, Décembre 1884, page 367.

Godon. — Tumeurs périostiques. *Odontologie*, Février 1884, page 59.

POINSOT. — De la paraldéhyde, son action sur la cinquième paire. *Odontologie*, Juin 1884, page 175.

— De la diathèse urique. *Odontologie*, Août 1884, page 245.

VIAU. — Gingivite suppurée et Ostéo-périostite commençante. *Odontologie*. Janvier 1884, page 6.

VIGIER. — Sur le Sulfo-Carbol. *Odontologie*, Octobre 1884, page 318.

WIESNER. — Nécrose phosphorée. *Odontologie*, Octobre 1882, page 30'.

Prothèse et Instruments et Physique.

BARBE. — Appareil électrique pour sécher les cavités. *Odontologie*, Juin 1882, page 214.

— Injecteur à air chaud. *Odontologie*, Novembre 1883, page 343.

— Nouveaux clamps. *Odontologie*, Mai 1884, page 143.

— Ouvre-bouche-miroir. *Odontologie*, Juillet 1884, page 217.

BOYMOND. — Du poids des gouttes. *Odontologie*, Juin 1884, page 175. — Présentation de M. Godon.

CHAUVIN. — Nouveau système de dents à pivot. *Odontologie*, Mai 1884, page 143.

CONTENEAU. — Ressorts caoutchouctés. *Odontologie*, Octobre 1884, page 329.

DUBOIS. — Histoire de la dent à pivot. *Odontologie*, Février 1884, page 50.

— Présentation des clamps de Stokes. *Odontologie*, Mars 1884, page 91.

GRAVOLLET. — Nez plastique et pièce obturatrice chez un scrofuleux. *Odontologie*, Novembre 1883, page 343.

HEIDÉ. — Bec de lièvre. — Appareil prothétique. *Odontologie*, Octobre 1883, page 299.

HEYMEN. — Nouveau chalumeau et régulateur. *Odontologie*, Juin 1884.

JACOWSKI. — Appareil à air chaud. *Odontologie*, Avril 1883, page 96.

PILLETTE. — Appareils mono-métalliques coulés. *Odontologie*, Septembre 1884, page 277.

Dr PODOLSKI. — Pompe à salive. *Odontologie*, Juillet 1884, page 217.

POINSOT. — Appareil électrique pour dessécher les cavités dentaires. *Odontologie*, Avril 1882, page 138. Invention de M. Poinsot, construction de de M. Colin.

— Appareil de contension des fragments d'un maxillaire inférieur fracturé (moulage). *Odontologie*, Mai 1882, page 169.

— De l'emploi du marteau automatique dans les obturations à l'amalgame. *Odontologie*, Octobre 1883, page 299.

RONNET et TRALLERO. — Pompe à salive. *Odontologie*, Juillet 1884, page 217.

ROY. — De la densité de quelques substances employées en art dentaire. *Odontologie*, Octobre 1883.

TROUVÉ. — Eclairage et appareils électriques. — Protophore. *Odontologie*, Octobre 1883, page 301.

VERT. — Galvano-cautère.

WIRTH. — Fauteuil à pompe. *Odontologie*, Juin 1884, page 175.

Telles sont, Messieurs, présentées sous la forme la plus succincte, les diverses phases par lesquelles la Société scientifique et la Société d'Odontologie, qui ne font qu'une, sont passées. Tels sont aussi, en forme de sommaire, les travaux

enregistrés aux procès-verbaux. Puissions-nous avoir réussi à mettre sous vos yeux une table des matières, si j'ose m'exprimer ainsi, propre à vous faire ressortir les points les moins étudiés, de façon à stimuler votre investigation, et propre aussi à vous faciliter l'examen de documents que vous pourriez avoir besoin de consulter pour vous aider dans vos recherches. Le bureau, confiant dans votre ardeur, espère pouvoir enrichir cette nomenclature à la fin de l'exercice qui commence, de chapitres nouveaux et ajouter une pierre de plus à l'édifice que nous nous proposons tous d'élever aussi haut que possible et de défendre contre tous, par notre entente et notre union en vue de cette seule récompense : le progrès.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société d'Odontologie de Paris

Séance du 17 Mars 1885.

PRÉSIDENCE DE M. POINSOT.

Compte Rendu et Historique de la Société, par M. G. Blocman (1). — *Présentation d'un fauteuil, par M. Wirth. — Projections de coupes de dents pathologiques, par M. Poinsot.*

M. WIRTH. — Messieurs, j'ai l'honneur de vous présenter un nouveau fauteuil d'opérations à manivelle. En construisant ce modèle de fauteuil, je me suis attaché à réaliser un bon marché exceptionnel, sans cependant rien sacrifier de l'utilité pratique, de la perfection d'exécution. Il possède tous les mouvements essentiels, élévation du siège, inclinaison du dossier à tous les angles voulus, il peut même, cela est une innovation, aller jusqu'à l'horizontale. J'ai assuré ce mouvement afin de faciliter les opérations sur les dernières molaires supérieures. L'appui-tête évolue dans tous les sens.

Dans toutes les positions voulues, il est d'une solidité exceptionnelle et j'en garantis le fonctionnement. Enfin, Messieurs, vous remarquerez qu'il est d'aspect aussi riche que les modèles

---

(1) Le compte-rendu de M. Blocman est publié *in-extenso* dans le corps du journal.

les plus coûteux. Je le soumets avec confiance à l'appréciation compétente de l'Assemblée, à l'expérience des praticiens.

M. Poinsot. — Messieurs, depuis longtemps, j'ai fait faire des coupes sur les dents les plus intéressantes de ma collection particulière; j'ai fait même reproduire ces coupes grossies au microscope. Voici ces dessins que l'appareil à projections de M. Lutz rendront visibles pour tous les membres de cette assemblée (1) les détails histologiques de ces coupes, l'hypertrophie cémentaire, l'imbibition des tissus dentaires par la décomposition chimique de quelques éléments de l'amalgame les tumeurs du périoste et surtout l'agrandissement irrégulier des canaux sont une démonstration de quelques points de l'anatomie pathologique des tissus dentaires.

Ici, M. le professeur Poinsot passe en revue les vingt-deux coupes qu'il a fait préparer. On est fortement intéressé par le spectacle de ces dents cariées qui montre mieux que toutes les explications orales, les désordres anatomiques dont sont susceptibles les tissus dentaires. L'éminent professeur est vivement félicité à propos de son intéressante communication.

M. De Lemos présente, au nom de M. Francis Chesnau, un modelage où se trouve une anomalie de l'incisive centrale supérieure gauche, qu'il offre à l'École; puis une petite molaire supérieure ayant 3 racines, offerte à l'École par M. Butlin.

Le Secrétaire des Séances,
G. LEGRET.

Académie de Médecine

Des maladies de dentition.

Par M. Henri Roger, médecin honoraire de l'hôpital des Enfants (2).

L'influence de la dentition sur les maladies infantiles paraît être une question de pratique commune des plus simples et

(1) L'appareil de projections de M. Lutz reproduit avec agrandissement les images photographiées sur verre. Les figures que la démonstration scientifique rendent nécessaires devant les grandes assemblées, sont rendues avec une netteté absolue, même à une grande distance. Ces appareils ont été adoptés par le ministère de l'Instruction publique et sont les auxiliaires des leçons de choses qui font partie de l'enseignement actuel. La source lumineuse doit être intense, lumière électrique, oxydrique ou une forte lampe à pétrole la fournit. Une modification apportée par M. Lutz rend cette dernière application facile

(2) Extrait du rapport sur le prix de l'hygiène de l'enfance (Académie de médecine, séance du 10 mars.)

des plus claires, et pourtant ce problème étiologique dont il est fait mention dès les premiers âges de la médecine n'est pas encore complètement élucidé; il demeure douteux et reste un sujet inépuisé de controverses.

On sait combien est grande la mortalité dans les commencements de l'existence, et les statisticiens nous apprennent que, dans la première année, elle n'est pas moindre de 20 pour 100, et, résultat curieux de l'arithmétique, c'est également la moyenne de la quatre-vingtième année. Cette moyenne est encore plus forte chez les enfants qu'assaille à la naissance le mal de misère; Broca, Bertillon, MM. Théophile Roussel et Lagneau, ont fait connaître l'effroyable proportion des décès pour les nourrissons parisiens, élevés hors de la famille et plus ou moins abandonnés (50, 70 et jusqu'à 90 pour 100). Mais ce serait grandement se méprendre que d'imputer à la dentition la mortalité excessive des très jeunes enfants : si l'on décompose, avec Bertillon, les éléments de la moyenne mortuaire de 20 pour 100, l'on voit que le maximum des décès est fourni par les trois premiers mois, c'est-à-dire bien avant le commencement de l'évolution dentaire; puis, dans le second semestre, alors qu'elle est commencée, le chiffre des morts sera moitié moindre que dans le premier; et enfin, ce chiffre, décroissant de plus en plus, deviendra, dans la deuxième année, trois et quatre fois plus faible que dans la première, quoique, durant cette période de douze mois, la pousse des dents se soit poursuivie (on en compte d'ordinaire seize à deux ans).

Il est prouvé par la comparaison de ces nombres que la dentition n'est pour rien dans l'excessive mortalité de la première enfance : ce sont des causes bien autrement puissantes qui agissent, la chétiveté native, l'hérédité et surtout l'héridité syphilitique (comme hier M. Alfred Fournier le démontrait éloquemment), le défaut de soins et de nourriture, la faible résistance de l'organisme aux influences nocives, extérieures ou internes, et aux maladies qui en résultent. Mais en est-il de même pour la morbidité créée par l'évolution dentaire ?

La première dentition est-elle une époque critique pour

l'enfant, ou bien, au contraire, ce processus physiologique s'opère-t-il silencieusement, et son action est-elle nulle, ou seulement faible ? La question est débattue depuis des siècles entre les médecins, et, tandis que l'éruption des dents semble aux uns exempte de tout danger, elle serait, pour les autres, la source de tous les maux. Erreur des deux parts, selon nous.

Que des jeunes mères inexpérimentées aient l'effroi de cette influence néfaste ; qu'elles en voient toujours les effets redoutés dans la moindre indisposition de leur enfant, il n'y a là rien que de très naturel ; aux souffrances que le bébé ne sait exprimer que par ses cris, elles veulent une explication et elles la trouvent facilement dans l'évolution dentaire, soit présumée, soit déjà visible et palpable, parce qu'alors il y a constamment une dent qui se prépare ou qui est près de sortir, ou qui pousse ou qui vient de pousser. Que les nourrices et les commères soient imbues du même préjugé, l'ignorance est leur excuse ; et d'ailleurs, les préjugés du vulgaire en médecine ne sont souvent que les débris d'une théorie médicale jadis en honneur.

Ce qui se conçoit moins, c'est que des médecins célèbres, des praticiens autorisés, parmi les modernes comme parmi les anciens, aient accusé l'éruption dentaire de méfaits innombrables, et qu'ils aient fait rentrer dans le cadre des maladies de dentition presque toute la nosologie infantile. Hunter est le plus convaincu et le plus illustre promoteur de cette théorie pessimiste : pour lui, la dentition n'est pas seulement une condition d'opportunité pathologique; elle constitue une *maladie* véritable qui commence presque avec la vie....

Mais (a objecté un compatriote de Hunter) si la dentition est un processus pathologique, nous ne devrions nous bien porter qu'à 25 ans, puisque l'évolution dentaire n'est achevée qu'à cet age. Inversement, un autre médecin anglais, Ashburner, prolonge bien au delà les accidents de la dentition, et il prétend qu'ils sont observables jusqu'à la soixantième année. Bien plus, il faudrait les reporter à 70 ans, si l'on croyait au miracle de la troisième dentition que Hunter fait espérer aux septuagénaires. Il est vrai qu'il décore de ce nom la sortie tardive et légendaire d'une ou deux dents qui se seraient

montrées chez des vieillards ; lui-même n'en avait vu qu'un seul exemple (deux dents de troisième pousse à la mâchoire inférieure), mais des observateurs plus heureux auraient constaté l'apparition (réelle ou fausse) d'une denture complète de troisième formation.

En somme, si la dentition est une maladie, on doit dire que cette maladie est essentiellement chronique et peu grave, puisqu'elle date de la vie intra-utérine (les follicules dentaires se formant soixante-cinq jours après la conception) et qu'elle permet d'atteindre une vieillesse avancée.

Aux exagérations de Hunter, Joseph Franck et autres, il a été répondu, dans ces derniers temps surtout, par des exagérations inverses ; et, en opposition avec la créance excessive aux périls de la première dentition, M. Johann Stein, de Prague (*Compendium des maladies des enfants*, 1880) et M. Magitot, dans un travail remarquable d'anatomie, de physiologie et de pathologie dentaires, ont manifesté un scepticisme absolu.

Voici les principales objections faites par les négateurs de l'influence morbifique de la dentition.......

C'est après avoir étudié sérieusement la question des maladies de dentition, c'est après avoir exposé et discuté ces objections fort valables, c'est après avoir cherché la lumière dans l'anatomie, la physiologie, la pathologie et la médecine expérimentale, que M. Magitot est arrivé (comme il le dit lui-même) à l'incrédulité ; et, finalement, il nie de la façon la plus formelle que l'évolution dentaire ait la moindre influence sur la genèse des affections de la première enfance.

Quoi décider maintenant entre deux opinions tout à fait contraires, entre les affirmations des uns et les négations des autres ? Où se trouve la vérité ? *In medio stat veritas*, mais non pas juste au milieu, car une longue observation pratique m'a appris que l'influence morbifique de l'évolution dentaire, dont la réalité est incontestable, est assurément minime.

C'est à la clinique seule qu'il faut demander la justification de cet éclectisme, à la clinique moderne et non pas à l'ancienne. Bien que l'aphorisme d'Hippocrate relatif aux maladies de la dentition soit encore vrai après vingt-trois siècles (les faits

demeurent immuables au milieu des théories mouvantes) ; bien que la tradition nous en soit parvenue sous le couvert de noms imposants, il est évident que la solution précise de ce point de pathologie infantile appartient presque exclusivement aux médecins de nos jours qui ont appris cette pathologie dans des hôpitaux d'enfants et qui ont passé leur vie à l'étudier et à l'enseigner. Les juges les plus compétents sont les auteurs de bons écrits sur la matière et principalement Guersant, Blache, Trousseau, West, qui ont consigné dans des articles spéciaux les abondants et précieux souvenirs de leur clientèle de la ville et de l'hôpital. Tous ces praticiens experts (ne puis-je me nommer après eux ?), et aussi nos éminents collègues Bergeron et Barthez, sont d'accord pour admettre qu'un certain nombre d'accidents locaux ou généraux produits par voisinage ou par action réflexe sont imputables à l'évolution dentaire : chez quelques enfants ils en ont vu se développer en dehors de toute autre cause au moment de l'éruption d'une dent, cesser aussitôt après sa sortie, et récidiver semblablement à l'occasion d'une éruption nouvelle. Unanimes en principe sur cette pathogénie, ils ne diffèrent que sur le degré de son action.

En terminant mon appréciation critique, je répète que cette action est minime et que pratiquement elle est insignifiante : si les indispositions qui en proviennent sont assez fréquentes, les véritables maladies sont tout à fait exceptionnelles, et, dans la majorité des cas, l'éruption des dents commence et s'achève d'une façon toute pacifique, sans que l'enfant paraisse en éprouver aucun mal, sans que l'œil même d'une mère y aperçoive aucun danger.

Puissent nos conclusions optimistes, tirées des faits cliniques et montrant la rareté et le peu de gravité des maladies de dentition, apporter aux cœurs maternels si prompts à se troubler, espérance et consolation !

Des altérations dentaires chez les morphinomanes.

M. le Dr Combes a fait une communication sur ce sujet à l'Académie de Médecine. (Séance du 17 Mars.)

Il dit avoir remarqué les phénomènes suivants : Aux grosses molaires il se forme des caries molles sur les faces triturantes, les prémolaires et les incisives se carieraient de préférence au collet? tandis que les « canines sont attaquées au sommet du cône qui se creuse en forme de cupule » l'excision de l'ivoire ramolli serait peu douloureuse. Ces altérations dentaires se produiraient en même temps que celles du système pileux.

M. Carmer présente un instrument appelé « panclyse ».

Ce petit appareil, en tout semblable à l'injecteur que M. Levett a présenté à la Société d'Odontologie (1), fonctionne en remplissant préalablement une poire en caoutchouc dans laquelle on a fait le vide. En ouvrant le robinet, l'eau est projetée par suite de la pression atmosphérique sur les parois du ballon.

Société Anatomique.

M. Cornil montre les préparations histologiques d'une tumeur en chou-fleur du sinus maxillaire enlevée par M. Verneuil. Cette tumeur avait rempli complètement le sinus et déformé le côté correspondant de la face. (Séance du 27 Juin 1884.)

BIBLIOGRAPHIE

A System of Oral Surgery being a treatise on the diseases and surgery of the mouth, Jaws, and associate parts by James E. Garretson, 4e *édition*, *Philadelphia*, 1884.

(*Système de chirurgie orale comprenant un traité des maladies et de la chirurgie de la bouche, mâchoires et parties associées*).

La longue pratique de la liberté professionnelle, l'absence d'un enseignement et d'un corps médical régulièrement constitués, ont fait qu'aux Etats-Unis, le dentiste pratique non seulement la chirurgie dentaire, y compris l'anesthésie, mais

---

(1) Séance du 19 Février 1885.

encore la chirurgie buccale et parfois la chirurgie faciale (1). A cet état de choses devait correspondre un enseignement et une littérature appropriés. M. Garretson donne l'enseignement clinique au Philadelphia Dental, collège qui est un des plus fréquentés parmi les vingt que possèdent les Etats-Unis, les trois qui existent à Philadelphie. Il résume cet enseignement encyclopédique dans le livre dont nous avons la 4e édition sous les yeux.

Comme le titre l'indique « *le Système de Chirurgie orale* » est plus qu'un traité de chirurgie dentaire, pourtant celle-ci y occupe une place importante (la moitié du volume), et il en est parlé en style clair et précis. Ce livre est de beaucoup supérieur au *Harris*, qui fut composé à une époque éloignée de nous, et auquel des remaniements successifs ont fait perdre les avantages de l'unité de conception et d'exécution. La seconde partie est très étendue, et quoique d'un intérêt moins direct pour le dentiste, sera consultée avec profit par quiconque veut être à la hauteur de sa tâche.

Ne connaître que le chemin qu'on parcourt tous les jours n'est pas assez pour le praticien intelligent. Il veut éclairer sa lanterne. Des notions sur les sciences connexes l'y aideront. La rhinoplastie ne fait pas partie de l'art dentaire, et malgré cela, une étude sur ce sujet est bonne pour qui fait la réimplantation. La ligature de la carotide dont parle M. Garretson n'est pas de notre ressort et pourtant la connaissance de ses indications, de son manuel opératoire éclaireront la conduite du praticien dans l'hémorrhagie vulgaire.

Partisan convaincu de la spécialisation, de la limitation de la pratique, nous n'en pensons pas moins que l'étude de l'au-delà est une nécessité pour le dentiste contemporain.

En terminant, qu'il nous soit permis de féliciter l'auteur et les éditeurs de la parfaite exécution matérielle de ce livre. Très peu chez nous consentiraient à payer un livre 45 francs et les conditions de vente de nos libraires sont tout autres au grand détriment de l'exécution du travail. Planches, texte, im-

(1) Cela doit entrer en ligne de compte lorsqu'on parle de réglementation et qu'on cite l'exemple de la législation de certains Etats touchant la pratique de l'Art Dentaire.

pression, tout est d'une exactitude, d'une clarté que nous aimerions à voir dans tous nos livres scientifiques.

Injuries and diseases of the jaws by Christopher Heath, 3e *édition J. A Churchill, London* 1884.

(*Blessures et maladies des mâchoires.*)

Les réflexions précédentes peuvent s'appliquer à l'ouvrage de M. Heath. Il n'a pas été écrit spécialement pour le dentiste et pourtant il devrait figurer dans toute bibliothèque odontologique.

En France, jusqu'à ces derniers temps, le chirurgien et le dentiste étaient deux hommes qui s'ignoraient. M. le professeur Prengrueber disait récemment avec l'autorité qui s'attache à son nom et à ses fonctions que le concours du dentiste était souvent précieux pour le chirurgien. Cela est évident. Si cela est vrai pour la pratique, la rédaction de *Injures et Maladies des mâchoires*, prouve que sur le terrain scientifique, il y a aussi profit à échanger des idées. M. Heath est non seulement un chirurgien d'hôpital général, mais il est aussi chirurgien consultant à une des écoles dentaires de Londres. Ces fonctions parallèles ont donné à l'auteur une expérience spéciale. Dans la fracture du maxillaire inférieur, la construction d'un appareil de maintien est d'une importance capitale pour la guérison rapide. M. Heath, grâce à son commerce avec les dentistes, grâce à la pratique d'une clinique dentaire, donne la description d'appareils absolument bien compris pour maintenir les parties d'os en bonne place, pour faciliter la déglutition ; le lavage, l'examen de la fracture.

L'étiologie des affections du sinus maxillaire, de la constriction des mâchoires de leurs tumeurs, est de beaucoup éclairé pour qui connaît les complications de l'évolution de la dent de sagesse, des caries du 4e degré (1). Nous comprenons que ce petit traité de chirurgie buccale et faciale en soit arrivé à sa troisième édition, qu'il soit devenu un traité classique sur la matière.

---

(1) Nous apprenons avec plaisir que M. le Dr Darin traduit cet excellent ouvrage.

Dental caries a critical summary and the prevention of dental caries by Henry Sewil, London 1884.

(*Carie Dentaire. Etude critique et hygiène.*)

M. Sewill, à qui nous devons un utile manuel de pathologie et de chirurgie dentaires et buccales, vient de réunir en un petit opuscule, les articles qu'il avait publiés dans un journal professionnel sur les causes de la carie dentaire.

L'auteur est un défenseur ardent de la théorie chimique, dans tout ce qu'elle a d'absolu. Il n'ajoute même qu'une créance limitée à ce correctif de la théorie, que les états généraux morbides peuvent diminuer la force de résistance de la dent aux agents chimiques Quant à la théorie parasitaire, dont nous avons parlé autre part (1) en reproduisant les conclusions de ses défenseurs les plus autorisés, elle n'est pas jugée à fond. Les meilleurs arguments, nous dirions presque les meilleurs coups, sont dirigés contre la théorie vitaliste qui, ces dernières années, a retrouvé quelques défenseurs.

Ce petit essai ne nous montre pas tous les côtés de la question, mais il mérite d'être consulté par tout praticien s'intéressant aux causes de l'affection qui est en quelque sorte sa raison d'être : la carie dentaire.

Paul Dubois.

INVENTIONS. — PERFECTIONNEMENTS.

Brevets pris en France et à l'Etranger. — Année 1884.

BREVETS DÉLIVRÉS EN FRANCE

N. B. — Les brevets ci-après sont d'une durée de 15 ans, à moins d'indications contraires.

161,909. — 5 Mai 1884. De Place, représenté par Thirion, boulevard Beaumarchais, 95, à Paris. Appareil de cautérisation dit : *aéro-cautère*.

161,969. — 7 Mai 1884. Vagnier, représenté par Brandon, rue Laffite, 1, à Paris. Appareil électro-voltaïque appliqué contre le mal de dents.

161,975. — 8 Mai 1884. Pavy, représenté par Gauthier, boulevard Poissonnière, 26, à Paris. Moteur silencieux, mouvement continu à force constante.

---

(1) Aide-mémoire du chirurgien-dentiste. Revue de l'année, p. 299.

162,167. — 16 Mai 1884. Haug et Hoffmann, représentés par Thirion, boulevard Beaumarchais, 95, à Paris. Composition destinée à remplacer le caoutchouc.

162,216. — 21 Mai 1884. Pompeien-Piraud, représenté par Lépinette et Robillond, avenue de Saxe, 66, à Lyon (Rhône). Nouvelle base pour monture des dents et dentiers artificiels.

162,249. — 20 Mai 1884. Mackay et Goolden, représenté par Gudman et Cie, boulevard de Strasbourg, 7, à Paris. Nouveau composé plastique et manière de le fabriquer. (*Brevet anglais devant expirer le 20 Novembre 1897*).

162,492. — 31 Mai 1884. Chemin et Grangier, rue de la Néva, 3, à Paris. Nouveau produit dit : *Ozo-gutta*, destiné à remplacer la gutta-percha dans toutes ses applications.

162,765. — 14 Juin 1884. Mathieu, représenté par Armengaud jeune, boulevard de Strasbourg, 23, à Paris. Canule ou soude à double courant pour lavage de cavités internes.

162,776. — 16 Juin 1884. Bourbouze, représenté par Delage, rue Saint-Sébastien, 45, à Paris. Soudure d'aluminium propre à souder l'aluminium avec lui-même et avec tous les autres métaux.

162,936. — 13 Juin 1884. Converset (les sieurs) et Doussot, à Châtillon-sur-Seine (Cote-d'Or). Cautère à aiguille démontable.

163,083. — 1er Juillet 1884. Genese, représenté par Armengaud jeune, boulevard de Strasbourg, 23, à Paris. Perfectionnements dans les respirateurs ou inhalateurs.

163,102. — 2 Juillet 1884. Varley, représenté par Dufrené, rue de la Fidélité, 10, à Paris. Perfectionnements dans le traitement de certains composés plastiques.

163,131. — 3 Juillet 1884. Tani, représenté par Barrault, boulevard Saint-Martin, 17, à Paris. Perfectionnements dans la construction des bases ou plaques intérieures d'émail pour la fabrication des dentiers artificiels complets ou partiels.

163,187. — 7 Juillet 1884. Durieu, représenté par Armengaud, jeune, boulevard de Strasbourg, 23, à Paris. Système de plaques électro-magnétiques.

163,242. — 10 Juillet 1884. Montaigne et Poinsot, rue Marcadet, 152, à Paris. Appareil dit : *Injecteur thermo-électrique*.

163,429. — 22 Juillet 1884. Lefebvre, rue de Paris, 14, à Saint-Denis (Seine). Produit désinfectant à base de pyrolignite de fer. (*Brevet de dix ans*).

163,577. — 31 Juillet 1884. Condy, représenté par Martray, Schmittbuhl et Cie, boulevard Henri IV, 31, à Paris. Nouveaux produits désinfectants et manière de les préparer.

163,875. — 21 Août 1884. Pillette, représenté par Guy, rue du faubourg Saint,Martin, 34, à Paris. Mode de fabrication de pièces prothétiques en aluminium, système dit : *monométallique*.

164,093. — 3 Septembre 1884. Loriette, représenté par Teissonnière, rue de Belzunce, 18, à Paris. Application des procédés électro-chimiques à la métallisation des matières organiques et inorganiques phosphorisées.

164,303. — 16 Septembre 1884. Fili, rue Montmartre, 49, à Paris. Huile composée pour limer le fer et l'acier, pour polir et travailler les métaux, dresser les limes, affûter les outils et aiguiser les instruments à tranchant très fin, tels que : les rasoirs, finir de dresser les limes sur des blocs d'émeri agglomérés, avec l'huile composée.

164,340. — 17 Septembre 1884. Société Contenau et Godart Fils, représenté par Dumas, boulevard Beaumarchais, 95, à Paris. Ressorts et outils métalliques caouchoutés.

164,398. — 20 Septembre 1884. Saussine, rue Drouot, 24, à Paris. Poupée de tour dentaire à plusieurs arbres flexibles de transmission.

164,479. — 25 Septembre 1884. Aner von Welsbach, représenté par Bœttcher et Marillier, boulevard de Strasbourg, 23, Paris. Nouvelle lampe électrique dite : *Brucken-lichtlampe.*

164,492 — 25 Septembre 1884. Walcker et Michel, représenté par Armengaud jeune, boulevard de Strasbourg, 23, Paris. Moteur domestique fonctionnant par l'air comprimé.

164,564, — 1er Octobre 1884. — Smartt, représenté par Gudman et Cie, boulevard de Strasbourg, 7, Paris. Perfectionnements apportés au procédé de fixage du caoutchouc vulcanisé ou d'autres substances analogues aux semelles des chaussures ou à d'autres surfaces. (*Brevet anglais, devant expirer le 1er janvier* 1898).

164,703. — 9 Octobre 1884. — Beck, représenté par Barrault, boulevard Saint Martin, 17, Paris. — Nouveau système de désinfection de l'air et des corps en général.

165,036. — 27 Octobre 1884. Ward, représenté par Armengaud jeune, boulevard de Strasbourg, 23, Paris. Procédé et appareil perfectionnés pour envoyer la lumière provenant d'une source quelconque, naturelle ou artificielle, dans des parties ou cavités du corps humain ou animal, pour les opérations chirurgicales, dentaires ou autres. (*Brevet anglais devant expirer le 6 Février* 1898).

165,037. — 27 Octobre 1884. Ward, représenté par Armengaud jeune, boulevard de Strasbourg, 23, Paris. Appareil perfectionné pour éclairer les cavités du corps humain et des animaux en général, pour les opérations chirurgicales, dentaires, etc (*Brevet anglais devant expirer le* 4 *Février* 1898).

165,066. — 28 Octobre 1884. Hicks, représenté par Chassevent, boulevard Magenta, 11, Paris. Perfectionnements dans les thermomètres employés dans la chirurgie et la médecine.

165,081. — 29 Octobre 1884. Société dite : La Rheinische hartgummi fabrik, représenté par Chassevent, boulevard Magenta, 11, Paris. Procédé pour obtenir des celluloïdes multicolores ou matières semblables.

165,184. — 5 Novembre 1884. Vincent, représenté par Assi et Genès boulevard Voltaire, 36, Paris. Pulvérisateur médical réglable pour chlorure de méthyle

---

CESSIONS DE BREVETS.

Enregistré au Secrétariat général de la Préfecture de la Seine, le 21 Mai 1884 :

La *cession* faite, suivant acte du 25 Avril 1884, à M. Achille Kahn, 38, rue de l'Echiquier, à Paris, par M. Campbell, du tiers qui lui restait dans la propriété : 1° du brevet d'invention de 15 ans (N° 131,907) qu'il a pris le 24 Juillet 1879 pour des perfectionnements dans les appareils pour la cuisson ou vulcanisation des pièces dentaires ou autres ; 2° du brevet d'invention de 15 ans (N° 143,347), qu'il a pris le 15 Octobre 1881 pour un moule de pièces dentaires.

(*A suivre.*)

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE.

Formulaire mensuel de thérapeutique 27 Décembre 1884.

Solution antiseptique pour le lavage de la bouche.
(Dr David).

Chloral	1	gramme.
Eau	100	—
Essence d'anis	X	gouttes.
Essence de menthe.	V	—

L'usage de ce liquide est indiqué après les repas, pour nettoyer la bouche, empêcher les fermentations et le développement des micro-organismes.

Ce numéro contient une formule pour la souscription à la traduction en français de l'excellent livre de Taft. Opérative Dentistry. Des difficultés d'exécution avaient jusqu'ici retardé cette publication. Elles viennent d'être écartées.

Ce livre est classique aux États-Unis. Dans les mains de nos confrères français il rendra les plus grands services.

La publication se faisant sous la responsabilité de l'École Dentaire de Paris, le comité de publication a eu à examiner non seulement le bénéfice professionnel et scientifique, mais encore les conséquences financières de cette importante publication.

Afin de fixer la quotité du tirage, nous serions heureux que le plus grand nombre de nos confrères manifestent, dès maintenant, le désir d'ajouter à leur bibliothèque un bon livre de plus.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

PRÉPARATION DES PIÈCES DEVANT ÊTRE EXAMINÉES AU MICROSCOPE

(Suite).

D'une façon générale, pour étudier les altérations délicates des éléments anatomiques d'une tumeur, en même temps qu'on conserve des fragments dans l'alcool, on mettra aussi un petit fragment dans l'acide osmique.

Pour chercher les terminaisons des nerfs, soit dans l'épiderme, soit dans la cornée, dans les lésions cutanées ou les tumeurs, il est nécessaire d'employer le chlorure d'or. Mais, comme la technique de l'or est difficile, variable suivant les tissus et exige d'excellents réactifs, il faudra apporter la pièce à examiner le plus tôt possible dans un laboratoire.

Conservation des pièces pour les démonstrations à l'œil nu. — Lorsqu'une pièce présente un intérêt suffisant pour être montrée à une Société savante ou conservée dans un musée, on pourra la garder pendant plusieurs jours sans qu'elle s'altère, à une température de 0° à × 5° ou × 8°. Si l'on ne dispose pas du froid naturel ou artificiel, il faut avoir recours à un liquide conservateur. Le chloral, en solution à 10 °/₀, conserve assez bien l'apparence et la couleur des parties. On renouvelle le liquide s'il s'est troublé. La pièce sera suspendue dans un bocal au milieu d'une quantité de solution de chloral dix fois plus considérable qu'elle.

L'alcool est le meilleur liquide conservateur. Pour l'utiliser, on lave d'abord, pendant vingt-quatre heures, la pièce dans de l'eau, dans un grand vase, par exemple, au fond duquel le courant d'eau est conduit par un tube en caoutchouc ou en verre. Après avoir ainsi enlevé le sang et les liquides qui l'imprégnaient, on monte la pièce en tendant avec des fils, sur des baguettes de verre, les parties isolées ou disséquées, et on la place dans un bocal où elle baigne de toute part dans l'alcool. Un autre procédé consiste à laver d'abord rapidement la pièce, puis à la suspendre dans un bocal contenant moitié eau, moitié alcool ; on l'y laisse pendant deux ou trois jours, après quoi on remplace ce liquide par de l'alcool à 80° ou 90°. L'avantage de l'alcool, c'est de conserver très bien les tissus pour un examen microscopique ultérieur, qu'on ne pourrait faire après leur séjour dans l'acide arsénieux en solution dans l'eau, ni dans le liquide employé pour le Musée Dupuytren (10 pour cent d'alcool dans une solution concentrée d'acide arsénieux), ni dans le liquide. Mais les

pièces, quel que soit le procédé employé, perdent leur coloration naturelle et restent tout à fait blanches.

(Journal des connaissances médicales.)

CORRESPONDANCE

On nous prie d'insérer la lettre suivante :

M. le Secrétaire général de l'Association des Dentistes de France,

Voulez-vous me permettre d'avertir publiquement mes confrères de calomnies dont je suis victime, de la part d'une personne qui va à domicile solliciter leur charité.

On se sert de mon nom pour les duper, et il est de mon devoir de les prévenir.

Daignez agréer, etc. (1).

Van Hœck, *Chirurgien dentiste.*

NOUVELLES

Le banquet annuel de l'Association générale des Dentistes de France aura lieu le Samedi 2 Mai, à 7 heures du soir.

Adresser les demandes de souscription à l'un des commissaires :

P. Dubois, 104, rue Saint-Lazare.
A. Dugit, 6, rue du 29 Juillet.
Pinard, 18, rue Laffite.
Ronnet, 5, rue des Filles-Saint-Thomas.
G. Viau, 16, Avenue de l'Opéra.

Société Odontologique de la Grande-Bretagne. — Composition du Bureau pour 1885, élu le 12 Janvier.

Président : C. Spence Bate, de Plymouth. — Vice-présidents (résidents) : T. Charters White ; George Gregson ; Henry Sewill ; — (non résidents) : J.-T. Brown-Masen, d'Exeter ; Richard White, de Norwich ; Andrew Wilson, d'Edimbourg. — Trésorier : James Parkinson. — Bibliothécaire : Félix Weiss. — Administrateur : S.-J. Hutchinson. — Editeur des comptes rendus (transactions) : J. Oakley Coles. — Secrétaires honoraires : David Hepburn (du Conseil) ; Robert Woodhouse (de la Société) ; Stores Bennett (pour la correspondance avec l'étranger). — Conseillers (résidents) : F. Canton ; Alex. Cartwright ; Cha; S. Tomes ; Wm St-George Elliott ; Augustus Winterbottem ; Samuel Cartwright ; A. Morton ; Smale ; J. Howard ;

---

(1) Nous rappelons à cette occasion que les infortunes professionnelles peuvent être secourues lorsque la commission de prévoyance de l'Association juge cela juste et possible.

Mummery; Arthur; S. Underwood; — (non résidents: J.-F. Coles, d'Ipswich; G.-C. Mac Adam, de Hereford; W.-E. Harding, de Shrewsbury; Robert Reid, d'Edimbourg; J.-R. Brownlie, de Glasgow; J.-H. Whatford, d'Eastbourne.

Le projet de loi sur l'exercice de la Médecine ne pourra venir en discussion avec la législature actuelle, pourtant il a été décidé que M. Chevandier ferait son rapport et qu'il serait réclamé du gouvernement des documents sur : 1° les conditions qu'on exige actuellement des médecins étrangers pour exercer en France; 2° des conditions exigées des étrangers avant leur inscription comme étudiants en médecine. (*Progrès Médical*, 21 Mars.)

Le Congrès de Chirurgie a eu lieu à Paris, du 6 au 12 Avril. M. Trélat a été nommé président.

AVIS

L'*Aide-Mémoire* du Chirurgien Dentiste est en vente chez tous les fournisseurs pour dentistes.

Il a été expédié à tous les souscripteurs. Ceux d'entre eux qui ne l'auraient pas reçu, sont priés d'en avertir l'Administration du Journal.

Pour la vente en gros, s'adresser à M. Paul Dubois, 104, rue Saint-Lazare, ou à M. Lecrosnier, éditeur, place de l'Ecole-de-Médecine.

Prix cartonné : 5 fr.

En vente chez tous les fournisseurs pour Dentistes.

Le prix des frais de recouvrement est à la charge des souscripteurs.

On demande à acheter : 1° le numéro de Mai 1877 du *Progrès dentaire*; 2° le numéro d'Août 1879 de la *Gazette odontologique*; 3° les numéros de Janvier 1882 et Février 1883 de la *Revue odontologique*.

Faire parvenir au Bureau du Journal, Dr D.

Traductions d'allemand et d'espagnol. — *Rédaction* de mémoires scientifiques ou industriels. — Prise de *Brevets d'invention* en France et à l'Étranger

Écrire à M. O. FRION, aux soins de M. PAUL DUBOIS, au bureau du Journal.

PUBLICATIONS REÇUES

Le Progrès Dentaire.
L'Art Dentaire.
Revue Odontologique.
Revue Odontogique de Bruxelles.
Dental Cosmos.
Dental Register.
Dental Advertisser.
Dental Office and Laboratory.
Indépendant.
Practitioner.
Repertorie Dental.
El. Progresso Dental Habana.
La France Médicale.
Le Concours Médical.
Dental Record.
Correspondenz Blatt.
Centralblattfur Zahneilkunde.
Deustche Vierteljanresschrift.
Vierteljahrsschrift für. Zauheilkunde.
Die Zahntechnische reform.
L'union Médicale.
Le Progrès Médical.
Journal d'Hygiène.
Revue de Thérapeutique.
Hygiène pour tous.
Messager odontologique (russe).
Shandinavish Tidss Krift for Tandlaeger.

26898. — Amiens, Imp. T. Jeunet.

VOL. 5. Paris, Mai 1885 N° 5.

L'ODONTOLOGIE.

TABLE DES MATIÈRES POUR MAI 1885.

TRAVAUX ORIGINAUX

ANOMALIES DENTAIRES

DE LA DÉVIATION SUR L'AXE ET DE SON TRAITEMENT PAR LA ROTATION BRUSQUE

Par le Dr Th. DAVID.

Parmi les nombreuses irrégularités dont peut être frappé le système dentaire, il en est une particulièrement intéressante, par cette double raison qu'elle atteint de préférence les dents antérieures et qu'elle est justiciable de moyens curatifs simples et aussi prompts qu'efficaces.

Nous voulons parler des cas, connus sous le nom de déviations sur l'axe, où l'organe affecté a pour ainsi dire pivoté sur son axe.

Le pivotement peut être plus ou moins considérable, et s'apprécie en tous cas, au nombre de degrés parcourus par l'un des bords de la dent. Il peut être figuré par un demi-tour complet, de telle façon qu'une incisive, par exemple, présente en avant sa face postérieure ou linguale.

Mais le cas le plus habituel est celui de la rotation d'un quart

de cercle donnant aux dents antérieures une situation perpendiculaire à celle qu'elles ont normalement; les faces deviennent latérales et les bords de la couronne occupent le plan antéro-postérieur. La rotation peut être moindre encore; elle peut, en un mot, varier de 1 à 180 degrés. Les dents qui sont le plus fréquemment atteintes sont, d'une façon générale, les incisives, les latérales surtout, les canines et les prémolaires; nous ne connaissons pas d'exemple où l'anomalie ait porté, comme fait essentiel, sur les grosses molaires, c'est-à-dire sur les dents à plusieurs racines.

Cette disposition anormale présente des inconvénients nuls ou tout à fait insignifiants, lorsqu'elle affecte les prémolaires ; elle passe même alors le plus souvent inaperçue. Mais il en est tout autrement lorsqu'elle frappe les dents antérieures. Quelle qu'elle soit, elle produit ici une irrégularité qui peut être fort disgracieuse et nuire considérablement à l'harmonie de la partie la plus visible de l'arcade.

Notons encore les vides, aussi gênants pour la mastication que désagréables pour la vue, qui peuvent en résulter dans la continuité de la rangée.

D'autre part, la disposition irrégulière des dents les prédispose singulièrement aux ravages de la carie. Par exemple, une dent inclinée de 45 degrés sur son axe, forme nécessairement avec le bord des voisines une espèce de creux borgne. Là viennent s'amasser des débris alimentaires et des détritus de toutes sortes qu'il est fort difficile d'enlever complètement, et qui à la longue finissent par altérer l'émail adjacent. Une conséquence non moins fâcheuse de cette anomalie, c'est d'en entretenir et même d'en produire d'autres à la mâchoire opposée. Ainsi pour ne citer qu'un cas, on comprend que si une incisive supérieure vient, par une partie de son bord libre, se mettre en rapport avec la face postérieure d'une incisive du bas, celle-ci puisse, par ce contact anormal, être projetée en avant, et se trouver en antéversion sur les dents congenères du haut

Nous ne croyons pas devoir insister davantage sur les inconvénients multiples et faciles à constater qu'entraîne la déviation sur l'axe, aux points de vue de l'harmonie et de l'intégrité de l'arcade dentaire.

Quelle est la cause de cette anomalie ? Très rarement la déviation est primitive, c'est-à dire atteignant la dent à l'époque folliculaire ; elle est plutôt la conséquence d'un trouble survenu dans l'éruption de l'organe dentaire.

Au nombre des causes perturbatrices, il convient de citer en première ligne l'étroitesse des mâchoires, dont les arcs alvéolaires deviennent alors insuffisants pour loger, dans leur situation normale, la totalité des dents.

La persistance anormale d'une dent temporaire en est une autre. C'est à peu près le cas d'un malade que nous avons observé récemment à la Clinique. On avait arraché à la mâchoire supérieure la canine gauche temporaire assez longtemps avant l'époque de sa chute normale, par contre on ne toucha pas à l'incisive latérale voisine. Aussi l'incisive latérale définitive apparut-elle en dehors de la dent caduque correspondante et en rotation d'environ 45°.

Il en est de même encore de l'éruption tardive considérée isolément. Les dents voisines de la place laissée vide dans la rangée, se sont légèrement rapprochées, et lorsque celle qui a tardé à paraître fait son éruption, elle trouve un espace insuffisant pour la loger dans sa situation normale.

L'extraction prématurée a des conséquences analogues sur la dent permanente correspondante ; elle peut favoriser l'inclinaison vicieuse d'une des dents voisines vers l'espace laissé vide.

Mentionnons enfin les vices de conformation des mâchoires, les traumatismes, les opérations quelconques, certains tics qui peuvent influencer l'éruption, apporter un obstacle au placement normal d'une dent sur l'arcade. C'est dire que ces anomalies reconnaissent des causes généralement accidentelles, elles restent donc isolées. Elles sont cependant quelquefois paires, symétriques, précisément lorsqu'elles ont pour cause, non plus un obstacle mécanique momentané au placement des dents, mais un vice de conformation de la mâchoire, héréditaire ou acquis.

Nous aurions, avant d'aborder le traitement, à décrire les variations et les combinaisons multiples, que peut présenter le genre d'anomalie par déviation sur l'axe. Mais pareille descrip-

tion est impossible, attendu que chaque cas est, pour ainsi dire, une nouvelle variété.

La déviation peut porter sur une ou plusieurs dents, sur des dents homologues ou dissemblables; elle peut avoir le même sens sur plusieurs dents, ou des sens opposés. Toutes ces variétés sont subordonnées à leur cause productrice. Entre autres mentionnons, en passant, celle où les deux incisives centrales supérieures, légèrement inclinées l'une sur l'autre, forment ensemble un V, ouvert en arrière.

Cette disposition qui donne une physionomie toute particulière, rappelant un peu la conformation des mâchoires du lapin, est malheureusement assez fréquente (végétations adénoïdes).

Au lieu d'être simple, la rotation sur l'axe peut en outre se compliquer d'autres anomalies de direction, de siège, qui fournissent elles-mêmes des indications particulières de traitement.

L'intervention chirurgicale, variable en elle-même, est en tous cas subordonnée à l'apparence de la difformité, ainsi bien entendu qu'à la volonté du sujet.

Dans les cas de déviation légère, l'abstention sera indiquée, surtout s'il s'agit de la mâchoire inférieure. Là, d'ailleurs, l'irrégularité fût-elle considérable, l'intervention serait des plus simples ; comme la cause est le plus souvent un manque de place, il suffirait d'extraire une dent pour amener la régularisation complète et spontanée des autres.

L'indication thérapeutique devient plus formelle lorsqu'il s'agit de difformités apparentes de la mâchoire supérieure. Il faut reconnaître cependant qu'ici-même elle est souvent subordonnée à des considérations extra-médicales, telles que le sexe, la qualité du sujet, le prix élevé du traitement.

Deux procédés également connus peuvent ramener la dent déviée à sa direction normale.

1° La luxation lente et progressive.

2° La luxation brusque et immédiate.

Le premier procédé exige toute une série d'appareils orthopédiques et tout un arsenal difficile à décrire, qui varie pour ainsi dire avec chaque cas et chaque praticien. Quels qu'ils soient, les moyens employés, fils, plaques, ressorts, chevilles, crochets, etc., ont pour effet d'exercer soit une

traction soit une pression sur la dent qui, en décrivant un arc de cercle en sens inverse de la déviation, doit être ainsi ramenée dans sa situation normale.

Dès que la déviation est corrigée, il faut remplacer les premiers appareils par d'autres dits de maintien, destinés à assurer la consolidation des dents ramenées en bonne position. Ces appareils, devant être portés fort longtemps, sont très gênants et entretiennent un état de la bouche peu conforme aux règles d'une bonne hygiène. Par la pression qu'ils exercent sur le reste de l'arcade dentaire où ils prennent leur point d'appui, ils ébranlent plus ou moins quelques dents ; la muqueuse elle-même peut devenir le siège d'une véritable inflammation qui force à interrompre le traitement.

Ce n'est pas tout. La présence de ces appareils dans la cavité buccale a pour effet, recherché il est vrai, de détruire momentanément les rapports des deux arcades. Que pendant ce temps, quelques dents s'allongent isolément et l'on aura produit une nouvelle difformité : l'ouverture permanente de la bouche, ou un trouble quelconque dans les rapports des dents. Le plus souvent, en dépit de tous les moyens employés, du temps perdu, des soins les plus assidus et les plus prolongés, l'anomalie se reproduit aussitôt que l'on cesse l'usage des appareils.

Cette méthode, qui n'est pas toujours non plus acceptée par les enfants, présente l'inconvénient d'exiger absolument l'intervention de l'art prothétique, ce qui en fait le prix élevé, et l'enlève à la chirurgie proprement dite.

Pour toutes ces raisons, nous croyons avec notre maître, M. Magitot, qu'il faut préférer l'autre méthode lorsque son application est possible.

Ce n'est pas à dire cependant que nous condamnions absolument les appareils. Dans beaucoup d'autres cas d'irrégularité, ils rendent tous les jours de grands services quand ils sont bien compris, rationnellement appliqués et conduits. Pour le cas particulier qui nous occupe, ils sont du reste indispensables lorsque la luxation brusque n'est pas acceptée, lorsqu'elle est impossible, ou quand il faut faire à la dent déviée une place suffisante dans l'arcade.

La luxation brusque, dont nous décrirons plus loin le manuel opératoire, corrige instantanément la difformité dentaire. Elle est d'une simplicité qui la met à la portée de toutes les mains, qui la rend praticable aussi bien par les médecins que par les dentistes. Elle a de plus pour principal avantage de donner des résultats définitifs permanents, alors que l'autre méthode est habituellement suivie de récidive. La dent luxée de sa situation vicieuse se consolide en quelques jours dans celle qu'on lui a donnée et le plus souvent sans autres moyens de contention qu'une simple ligature.

On voit combien la comparaison est en faveur de la luxation brusque.

Une idée nous a en outre particulièrement poussé vers cette étude ; c'est que cette méthode de réduction constitue à proprement parler une variété de *greffe dentaire* dont nous nous sommes déjà à plusieurs reprises occupé. Cette application de la greffe n'avait été qu'indiquée dans nos travaux ; nous nous devions de la traiter avec tous les développements qu'elle mérite, d'autant que, comme la réimplantation et la transplantation dont nous avons longuement retracé l'historique, cette méthode de redressement, après avoir eu un passé brillant, se trouvait aujourd'hui abandonnée, presque méconnue.

Elle était en effet très en vogue au siècle dernier, sans doute parce qu'à cette époque l'art prothétique n'avait pas encore fourni tous les moyens orthopédiques que nous employons aujourd'hui.

La déviation sur l'axe et sa correction par la luxation brusque étaient bien connues de Fauchard qui la pratiquait en deux temps : dans un premier temps, il ébranlait la dent avec le pélican, dans un second, il la faisait tourner avec une pince ; puis il la fixait aux dents voisines avec un fil ciré.

« Il se rencontre, dit-il, des dents dont les parties latérales sont tournées d'un côté en dehors, et de l'autre en dedans, soit qu'elles soient droites ou penchées ; lorsqu'elles n'auront pu être mises dans leur ordre naturel par le moyen des doigts, des fils, et des lames d'or ou d'argent, elles y seront mises par le pélican et les pincettes droites, si l'espace qu'elles occupent le permet.

« Le sujet étant assis sur un fauteuil ordinaire, l'opérateur tient le pélican de sa main droite, et se place du côté droit ou devant le sujet ; il pose l'instrument et ses doigts comme nous l'avons dit ailleurs : il ébranle doucement la dent qu'il veut retourner et sur laquelle se trouve posé le crochet du pélican, soit en la redressant si elle est penchée, ou en ne faisant simplement que la détacher en partie de son alvéole ; l'ébranlement de cette dent étant fait, l'opérateur passe du côté gauche, et pose le pouce et l'indicateur gauches sur les deux dents qui sont à côté de celle qui vient d'être ébranlée ; les autres doigts servent à assujettir le menton. L'opérateur porte ensuite son bras droit par dessus la tête du sujet et embrasse la dent avec les pincettes droites qu'il tient aussi de la main droite, donnant un petit tour de poignet pour tourner la dent autant qu'il est nécessaire ; il la remet ainsi dans sa situation naturelle, l'assujettissant avec le fil ciré... »

Fauchard décrit encore la manière de procéder à la mâchoire supérieure et ajoute :

« On doit bien prendre garde dans toutes ces opérations à ne pas rompre les dents et à ne pas trop les détacher de leurs alvéoles, parce qu'elles seraient en danger de ne pas se raffermir aisément ou de tomber. Si ce cas arrivait, on les remettrait dans leurs alvéoles, les assujettissant comme il a été dit ailleurs. Je me suis toujours servi de la méthode que je viens d'indiquer pour redresser les dents, même à des personnes âgées de 30 à 40 ans ; et j'ose avancer qu'avec le pélican et les pincettes droites, j'ai toujours réussi dans ces sortes d'opérations sans qu'aucune dent se soit rompue, ni trop détachée de son alvéole. » (1.)

Depuis Fauchard, de nombreuses opérations du même genre ont été pratiquées avec des instruments plus perfectionnés ; mais on n'a guère ajouté aux indications de la luxation brusque, et les résultats obtenus par le premier dentiste français qui ait écrit un traité didactique sur notre art, n'ont rien à envier à ceux de nos contemporains.

---

(1) Fauchard, *le Chirurgien-dentiste*, Paris, 1728, tome II, p. 104.

Bourdet (1) rapporte plusieurs faits qu'il nous paraît intéressant de résumer ici.

Observation I. — Au mois de décembre de l'année 1751, Mademoiselle*** demeurant rue de la Verrerie, à la Tête noire, avait une petite incisive du côté droit de la mâchoire supérieure placée à contre-sens, c'est-à-dire, de façon que les faces antérieure et postérieure étaient transposées, et que la première était plus penchée du côté de la grande incisive que de la canine. Une pareille situation défigurait beaucoup le sujet. Après avoir ébranlé cette dent et lui avoir fait une place convenable avec la pince droite, je la retournai et je la remis dans le sens naturel où elle devait être, ce qui ne dura pas une minute. Cette dent est restée depuis dans la même situation, et elle est aussi solide que ses voisines. J'ajouterai que pour l'assujetir et l'empêcher de descendre ou de s'allonger, je lui fis tenir dans la bouche un morceau de liège qu'elle mordait de temps en temps, et qu'elle appuyait sur cette dent. Mais elle mangea le même jour comme à l'ordinaire, avec la seule précaution de ne pas faire travailler la dent replacée, parce qu'étant encore très sensible et peu ferme elle aurait pu se déranger.

Observation II. . . . .
La situation de cette petite incisive était telle, que les parties latérales étaient placées antérieurement et postérieurement. Lorsque j'eus disposé la canine à remplir le vide de la molaire, et que la petite incisive fut suffisamment ébranlée par l'application des fils, je la retournai avec la pince droite, et la mis dans la situation qui lui convenait.

L'observation suivante est un véritable exemple de greffe par restitution, ou de réimplantation après résection de la racine avec la lime.

Observation. III. — En 1752, La femme de chambre de Madame*** demeurant rue Saint-Denis, vint me trouver pour lui arracher une petite incisive de la mâchoire supérieure qui sortait en dehors et se présentait dans un sens tout opposé à l'ordre naturel : car les faces antérieure et postérieure, étaient latérales, et par conséquent les faces latérales, antérieure et postérieure; situation qui, faisant élever la lèvre, causait une difformité très-choquante. Je ne conseillai point à cette fille de faire ôter sa dent, ce qui aurait fait à sa bouche une brèche assez considérable ; mais je lui proposai de la remettre dans sa situation naturelle, en l'assurant bien qu'elle ne serait plus difforme. Elle parut charmée de mes offres, et consentit à l'opération.

Avant que de décrire mon procédé, il faut que je rappelle ici quelque chose de la structure de cette dent. On sait que les dents incisives ont leurs parties latérales un peu aplaties et les parties antérieure et postérieure arrondies.

Comme la dent en question était dans un sens contraire au sens naturel, on conçoit que les faces latérales qui devaient être aplaties, devenues antérieure et postérieure, se trouvaient arrondies. Je me mis à opérer, et ayant voulu retourner la dent, malgré plusieurs efforts que je fis, je ne pus en venir à bout. Je la repris de nouveau, et elle tomba presque dans ma main.

---

(1) Bourdet : *Recherches et observations sur toutes les parties de l'art du dentiste*, Paris 1757, t. II, p. 41 à 45.

Sans m'effrayer de cet accident, je l'ôtai tout à fait, et je vis que la racine avait un crochet qui l'empêchait de pouvoir tourner; j'enlevai sur le champ avec la lime cette extrémité crochue, pour pouvoir replacer la dent comme elle devait être, et je le tentai sans succès. La racine dans les côtés était plate et arrondie par les faces, de façon que son alvéole avait suivi la même conformation.

Il ne me fut donc pas possible d'y faire rentrer cette dent dans sa situation naturelle, parce que la racine était plus grosse que la capacité de l'alvéole.

Je remédiai à cet inconvénient en limant cette même racine; j'emportai à différentes reprises dans toute son étendue au moins un tiers de sa grosseur à sa face interne. Je fus aussi obligé de diminuer de la longueur et de l'épaisseur du corps de la dent à sa face antérieure, afin qu'elle ne débordât point les autres, et qu'elle ne fût point heurtée par celle de la mâchoire d'en bas qui lui répondait. Par ce moyen, je vins à bout de remettre cette dent à sa place et de niveau avec ses voisines. Au reste, je fis tenir à cette fille, comme à Mademoiselle***, un petit morceau de liège qu'elle mordait de temps en temps pendant la journée, et je lui fis rincer sa bouche plusieurs fois le jour avec une eau astringente, jusqu'à ce que la dent fut totalement reprise. Peu de jours après l'opération, cette dent se trouva solide (1).

Hunter qui connaissait aussi bien les maladies des dents que les autres parties de la chirurgie, a bien résumé la conduite à tenir en cas d'anomalie par rotation sur l'axe.

D'après lui, les dents qui sont ainsi déviées peuvent être quelquefois remises en place par une pression longtemps exercée, lorsqu'il s'agit des incisives. « Mais lorsque l'application de cette pression n'est pas possible, cequi arrive fréquemment, il faut arracher la dent d'une manière définitive, ou bien l'arracher pour la replacer, ou enfin lui imprimer dans son alvéole un mouvement de rotation suffisant pour lui donner une position convenable, ainsi qu'on l'a pratiqué souvent. » (1)

Au commencement de ce siècle, Gariot s'exprimait ainsi :

« Lorsque les personnes ne veulent pas supporter l'incommodité d'un fil ou d'une plaque dans la bouche pendant un temps plus ou moins long, on peut redresser une dent en un moment, au moyen du pélican; mais cette opération n'est pas toujours sans inconvénients, car, si on ne prend les plus grandes précautions, si on n'opère pas lentement, on peut rompre la dent

(1) Hunter. *Traité des maladies des dents*, trad. G. Richelot, p. 123.

qu'on ne voulait que redresser, comme cela est arrivé quelquefois. Pour éviter cet accident fâcheux, il faut avoir soin, quelques jours avant l'opération, de passer un gros fil autour du collet de la dent et tout près de la gencive, en le renouvelant chaque jour ; par ce moyen on ne tarde pas à ébranler une dent qu'on peut ensuite redresser avec le pélican, sans craindre de la rompre. » (1).

Par la luxation, dit Delabarre, on redresse depuis longtemps les dents déviées. Les anciens se servaient de la pince droite, les modernes lui ont substitué le trétoir, espèce de levier très puissant, mais cette opération demande de la prudence et de la hardiesse de la part du chirurgien, ainsi que du courage de celle du patient (2).

Aussi Delabarre a-t-il cru devoir inventer un moyen plus doux, plus facile à appliquer, auquel Duval semble donner son approbation.

« Autrefois, dit-il, (3) pour remettre dans sa véritable position une dent qui au lieu de la face antérieure présente la postérieure ou un de ses côtés, on la tournait sur son axe avec une pince droite ; aujourd'hui M. Delabarre propose de faire cette opération avec un petit dé de métal roulé sur la dent en question ; on attache à ce dé un fil qu'on fait passer de côté sur plusieurs dents, jusqu'à une molaire où on le fixe. La traction continuelle qu'on exerce sur le dé par le moyen du fil, soit en le tordant, soit en le renouvelant, fait tourner peu à peu cette dent, et la rétablit comme elle doit l'être. »

Maury voit à la luxation brusque beaucoup de difficultés et de dangers ; on ne devrait la pratiquer qu'à la condition d'être doué d'une grande habileté.

» Quand, dit-il, les personnes ne peuvent supporter l'incommodité d'avoir un fil ou une plaque dans leur bouche, on a conseillé d'avoir recours à une opération plus douloureuse et

---

(1) Gariot (J.-B.). *Traité des maladies de la bouche*, 1805, page 221-222.
(2) Delabarre (C. F.) — *Traité de la seconde dentition et méthode naturelle de la diriger, Paris*, 1819, page 150.
(3) Duval. *De l'arrangement des secondes dents*, 1820, p. 185.

qui consiste à *luxer* la dent ; mais cette opération ne doit être faite à la rigueur que par un dentiste très habile, parce qu'elle n'est pas sans inconvénient. On peut par cette manœuvre non seulement meurtrir, déchirer les gencives, briser le périoste alvéolaire, fracturer les alvéoles, mais encore casser la dent que l'on veut redresser; il peut arriver même qu'on en fasse l'extraction malgré soi » (1).

Désirabode semble un peu moins timoré, mais il verrait cependant assez volontiers la rotation brusque rentrer dans le cadre de la médecine opératoire, c'est-à-dire être réservée aux chirurgiens.

« Nous avons dit qu'indépendamment des ligatures il existait une autre espèce de moyen de ramener une dent déviée à sa direction naturelle. Ce moyen c'est sa luxation incomplète. Comme il constitue une opération qui n'est pas toujours exempte de dangers, il ne faut y avoir recours que dans les cas où l'impuissance des fils serait bien constatée ; celui, par exemple, d'un individu de 20 à 30 ans, chez lequel une ou deux dents rentreraient en dedans du cercle alvéolaire. Si l'opérateur juge que l'espace qui existe entre les dents situées à droite et à gauche de celle déviée n'est pas assez large pour la loger, il les limera toutes deux jusqu'à la racine, à la face latérale et voisine de cette même dent, qu'il luxera ensuite suivant sa position pour la ramener dans le cercle des voisines.

Une pince suffit ordinairement pour opérer cette luxation, mais pour qu'elle réussisse, il est nécessaire qu'elle s'effectue lentement, c'est-à-dire avec tous les ménagements possibles, et que tout effort cesse dès l'instant où la dent est parvenue au niveau des autres. Il est alors toujours prudent de la maintenir par des ligatures dans cette nouvelle position. Quelques semaines suffisent, dit-on, pour que le bord alvéolaire qui a été écarté de la dent s'en rapproche, s'y adapte intimement et la rende aussi solide qu'elle l'était avant.

Mais, nous le répétons, cette manœuvre, qui devient une véritable opération chirurgicale, et qui, par cela même, trou-

---

(1) Maury. *Traité complet de l'art du dentiste d'après l'état actuel des connaissances, Paris*, 1833, page 227.

verait peut-être mieux sa place dans la *médecine opératoire* que dans l'orthopédie, est non seulement toujours d'un succès douteux, mais peut encore, dans bien des circonstances, avoir les suites les plus défavorables. Il est incontestable, en effet, qu'en la pratiquant même avec toute l'attention possible, on peut non seulement meurtrir et déchirer les gencives, rompre le périoste alvéolo-dentaire, fracturer les alvéoles, mais encore casser la dent.

Aussi pour notre compte personnel n'avons-nous jamais jugé convenable de la pratiquer, et engageons-nous les jeunes praticiens ou à s'en abstenir complètement, ou à ne jamais la tenter sans en avoir bien pesé les chances. » (1).

Ainsi cette opération pratiquée avec hardiesse, et, il faut bien le reconnaître, avec succès par les dentistes du XVIII[e] siècle, depuis Fauchard qui l'a, sinon inventée, du moins mise en honneur, est repoussée par ceux du commencement de ce siècle comme trop dangereuse et sujette à amener des accidents graves. Sans rechercher ici les causes de ce revirement d'opinion, nous voulons seulement constater le fait, qui nous explique comment cette opération, tombée presque dans l'oubli, a paru absolument nouvelle lorsque les perfectionnements apportés au manuel opératoire par les dentistes contemporains, MM. Tomes et Magitot (2) entre autres, ont rappelé l'attention sur elle.

(*A suivre*).

Société d'Odontologie de Paris

Séance du 21 Avril 1885.

PRÉSIDENCE DE M. POINSOT.

La séance est ouverte à 9 heures 1/2.

I. Rectification au procès-verbal. — II. Un nouveau maillet

---

(1) Désirabode (M). *Nouveaux éléments complets de la science et de l'art du dentiste*, Paris 1846, Tome I[er], pages 190, 191.

(2) Magitot. *Traité des anomalies du système dentaire chez l'homme et les mammifères*. Paris 1877.

électrique. — III. La pile thermo-électrique. — IV. Pile Larochelle. — V. Injecteur à air chaud, cautère et lampe de MM. Poinsot et Montaigne. — VI. Présentation d'anomalies.

M. Dubois. — Messieurs, je ne suis pas en mesure de vous faire la communication qui vous a été annoncée et je la remets à la prochaine séance.

M. Godon m'a communiqué une lettre qu'il a reçue de M. Steiner, cette lettre donne quelques renseignements au sujet du moulage de la tête d'animal fossile qu'il a envoyée au Musée de l'École. Voici ce qu'il dit :

« C'est la mâchoire d'un Rhizoprion Bariensis, (terrain « tertiaire miocène), provenant de St-Paul-Trois-Châteaux « (Drôme), mammifère cétacé de la famille éteinte des Zeu- « glodontides assez voisine de la famille des Dauphins.

« Cet exemplaire se trouve au Musée de Grenoble depuis « environ trente ans. »

Vous voyez, Messieurs, que ces renseignements sont en contradiction avec ma manière de voir, telle que je vous l'ai exposé à la dernière séance, cependant, je persiste à croire que le moulage en question est d'un saurien, de l'époque secondaire, un ichtyosaure, le Rhizoprion Bariensis est décrit et figuré dans Gaudry (1). Voici cette figure, vous reconnaîtrez de notables différences avec le moulage que nous a envoyé M. Steiner, non seulement la mandibule est beaucoup moins allongée et plus haute que celle de l'ichtyosaure, mais les dents sont d'un squale et non d'un saurien. De plus si vous voulez jeter les yeux sur cette figure d'ichtyosaure dans le traité de Géologie et de Paléontologie de Contejeau vous verrez, que dessin et moulage, sont la représentation du même animal. Ceux d'entre vous qui ont pu visiter la nouvelle galerie de paléontologie au Muséum, ont pu aussi se convaincre de l'identité des fragments de squelette et des moulages d'ichtyosaure qui y figurent et la reproduction en plâtre de notre Musée.

---

(1) Les enchaînements du monde animal dans les temps géologiques mammifères tertiaires par Albert Gaudry, professeur de paléontologie au Muséum d'histoire naturelle de Paris (1878) p. 30.

Les figures sont examinées et comparées, et l'analogie de la tête et des dents est constatée par tous les membres présents.

Le procès-verbal est adopté.

M. Gillard. — Messieurs, sollicité par quelques-uns d'entre vous, je viens aujourd'hui vous faire une communication que j'aurai préféré retarder jusqu'au mois prochain ; il s'agit, en effet, d'un appareil à peine terminé, exigeant encore quelques modifications, aussi demanderai-je votre indulgence et pour l'instrument et pour son constructeur.

De tous les systèmes d'obturation des dents il n'en est pas, vous le savez tous mieux que moi, de plus important mais aussi de plus difficile que l'aurification.

Les modes opératoires, c'est-à-dire les modes de condensation de l'or, soit mou, soit adhésif, sont nombreux ; les instruments pour l'obtenir sont peut-être plus nombreux encore, et pourtant c'est un nouvel instrument, un nouveau maillet que je viens soumettre à votre appréciation.

Depuis le fouloir et le maillet à main, encore préféré par quelques opérateurs et non des moins bons, jusqu'au maillet électrique qui vous fut présenté en septembre 1884 par le Dr Hotz, bon nombre d'instruments ont été inventés et proposés.

Je ne vous les rappellerai que sommairement :

Les uns emploient la force humaine. Ce sont les fouloirs et le maillet à main avec lesquels il faudrait avoir trois ou quatre mains pour opérer, mais avec lesquels, puisque la nature ne nous a pas si richement doués, il faut recourir à un aide.

Les autres emploient des forces artificielles, ils sont plus nombreux.

Nous trouvons d'abord les maillets dits automatiques ; ils empruntent leur force à un ressort qui, sous la pression exercée par l'opérateur, se bande, puis, grâce à un ingénieux déclanchement se débande subitement à un moment donné. Ce sont peut-être eux qui, à l'heure actuelle, sont les plus employés, surtout le Snow et Lewis.

A de nombreux avantages ils joignent des inconvénients ; d'abord, la pression qu'il faut exercer, puis la longueur de course des pointes rendent les coups peu sûrs ; tellement qu'il

arrive quelquefois, surtout lorsqu'on agit sur le pourtour de la cavité, que la pointe glissant sur l'émail va perforer la digue et piquer la gencive. Enfin le peu de rapidité des coups rend l'opération longue.

D'autres maillets, dits rotatifs, doivent encore leur force à un ressort, mais, au lieu d'être mus directement à la main, se montent sur le tour à fraiser. La course moins longue de la pointe fait que le coup est plus sûr; les vibrations sont plus répétées, mais les coups isolés sont, je crois, impossibles. Le câble relativement gros et peu flexible du tour en rend le maniement difficile dans d'aucuns cas. Vous savez tous combien la préparation de certaines cavités, de quelques points de rétention est, même avec le tour d'une exécution laborieuse, à plus forte raison doit-il en être ainsi lorsqu'avec le même instrument et dans les mêmes cas il faut faire agir un maillet.

Il est encore des maillets, dits pneumatiques, mus par l'air comprimé soit avec une poire de caoutchouc pressée par une pédale, soit avec une sorte de petite pompe montée sur le tour. Peut-être plus avantageux que les précédents, ils ont un défaut commun, c'est d'occuper en même temps et les mains et le pied.

Vient enfin le maillet empruntant sa force à un agent aujourd'hui fort à la mode, je veux dire l'électricité. Beaucoup d'entre nous ont encore présente à la mémoire l'intéressante démonstration pratique que le Dr Hotz voulut bien nous faire le 10 septembre dernier. C'était, je crois, le maillet Bonwill qu'il expérimentait. Je ne vous le décrirai point, notre journal « l'*Odontologie* » en a publié figure et description dans son numéro d'octobre 1884. Avec ce maillet les coups sont sûrs, répétés, trop répétés même puisqu'on les estime à 4 ou 500 par minute. Les coups isolés ne peuvent être obtenus, l'instrument devant rester fixe entre les doigts. Les fouloirs spéciaux sont libres dans le corps du maillet, il faut les diriger et les maintenir avec le pouce, ce qui ne laisse pas que d'exiger une grande habitude. Enfin, quoique bien en main, ce maillet présente une forme avec laquelle il faut quelque temps pour se familiariser.

Après vous avoir montré tant de défauts chez les autres

(c'est du reste l'habitude des inventeurs), vous allez, j'en suis convaincu, croire que je vais vous exhiber une merveille, un instrument parfait, je crains bien qu'il n'en soit pas ainsi. Mon maillet, je vous l'ai déjà dit, est à peine terminé, il n'a été monté qu'hier soir, je ne l'ai pas encore expérimenté.

Il a, vous le voyez, même forme et même grandeur que le Snow et Lewis, les mêmes pointes se montent dessus, il peut se tourner dans tous les sens.

La tête mobile, se déplaçant sur une tige taraudée, règle la force des coups ; un contre-écrou le maintient en place.

La bague de la partie inférieure sert à ouvrir ou à fermer le courant. En lui faisant faire un quart de tour, on établit ou on rompt le contact avec un interrupteur double qui permet d'obtenir à volonté des coups répétés ou des coups isolés ; c'est là surtout, à mon avis, un grand avantage, les points de rétention se faisant difficilement avec des coups multipliés.

L'opérateur n'a aucun mouvement à faire, la main posée sur les parties solides, voisines de l'obturation, il est sûr de ses coups. Les pointes se déplaçant fort peu, c'est comme le disait justement le Dr Webb, un crayon avec lequel on appuie ou on n'appuie pas selon la force du trait qu'on veut obtenir.

J'ai cherché aussi à simplifier les contacts toujours si délicats dans les machines électriques, et vous voyez, qu'au lieu de deux fils se reliant à deux bornes, une simple tige carrée se loge dans une sorte de mortaise et établit le circuit, une petite vis de pression assure le contact.

Cet instrument peut rendre, je crois, des services. Tout le mécanisme à couvert et fortement protégé par le tube de cuivre est à l'abri de tout accident. (Applaudissements.)

M. Gillard fait fonctionner son instrument en diminuant ou augmentant la force du coup à la demande des assistants.

M. Poinsot. — Au nom de la Société, je remercie M. Gillard de son intéressante présentation ; je suis convaincu que son maillet remplacera avec avantage celui de Bonwill qui est très volumineux. Il y a un inconvénient à l'emploi du maillet électrique, c'est la nécessité d'avoir toujours une quantité suffisante d'électricité à sa disposition et sans trop de dépenses.

Ayant entendu parler du générateur Chaudron, j'ai prié

M. Leduc d'aller le voir et de l'inviter à venir présenter ses appareils. M. Chaudron ne pouvant venir a envoyé son représentant M. Manoury à qui je donne la parole.

Notes sur les piles thermo-électriques et leur application à la Chirurgie dentaire, présentée à la Société d'Odontologie par M. V. Manoury dans sa séance du 21 avril 1885.

Messieurs,

J'ai l'honneur de présenter à la Société d'Odontologie, au nom de M. Chaudron, constructeur-électricien, quelques observations sur les piles thermo-électriques de son système et sur leur application à la chirurgie dentaire.

Permettez-moi tout d'abord de vous dire quelques mots sur la thermo-électricité.

Messieurs, c'est là une science qui, sans être nouvelle, est encore peu connue, même parmi beaucoup d'électriciens, qui n'avaient considéré jusqu'à ce jour cette branche de l'électricité que comme une curiosité à cause du peu de force électromotrice et du peu d'intensité des courants obtenus.

Aujourd'hui, les progrès réalisés ont fait changer d'avis tous ceux qui se sont occupés de la question, et cet avis n'est certainement que très favorable.

On appelle courants thermo-électriques par opposition aux courants hydro-électriques, qui sont dus aux actions chimiques, les courants qui se développent sous l'influence seule de la chaleur, et l'on donne le nom de thermo-électricité ou de thermo-magnétisme à la branche de physique qui a pour objet l'étude de cet ordre de phénomènes.

Depuis longtemps, on avait remarqué que la tourmaline et quelques autres cristaux naturels acquièrent des propriétés électriques quand on élève leur température, et Volta avait observé qu'une lame d'argent inégalement chauffée à ses deux extrémités, constitue un élément électro-moteur.

Néanmoins, c'est le professeur Seebeck, de Berlin, qui, le premier en 1821, établit que le mouvement du calorique dans un circuit métallique fermé suffit à lui seul pour donner

naissance à des courants électriques. Deux fils métalliques étant soudés bout à bout, de manière à former un circuit fermé de forme quelconque, il s'établit dans le circuit un courant plus ou moins intense, toutes les fois que les deux soudures sont à des températures différentes, et le courant persiste aussi longtemps que la différence des températures est maintenue. On démontre cette proposition pour un cas particulier au moyen d'un appareil très simple, composé d'une lame de bismuth sur laquelle est soudé en retour d'équerre à ses deux extrémités une lame de cuivre. Une aiguille aimantée, placée entre ces deux lames, se meut librement sur un pivot. Les soudures étant à la température de l'air ambiant, on place l'appareil dans le plan du méridien magnétique afin que l'aiguille soit bien parallèle avec l'axe des deux lames métalliques. Cela fait, si l'on chauffe avec une lampe à alcool l'une des soudures, l'aiguille éprouve une déviation plus ou moins considérable. Si au contraire on refroidit cette même soudure de telle sorte que l'autre soit plus chaude, l'aiguille se dévie encore, mais c'est dans le sens opposé. Ces déviations de l'aiguille, tantôt dans un sens, tantôt dans l'autre, prouvent surabondamment la présence d'un courant électrique qui parcourt l'appareil dans une direction déterminée, suivant que c'est l'une ou l'autre des soudures qui est chauffée. Ce qui démontre d'une manière péremptoire que les courants observés dans les diverses expériences ne sont produits ni par le contact, ni par une action chimique, mais uniquement par le mouvement du calorique, c'est qu'ils peuvent se développer dans un circuit d'un seul métal, en expérimentant dans l'hydrogène ou dans le vide. Toutefois, il faut que le métal unique qui forme le circuit, ne soit pas parfaitement homogène, car alors, le calorique se propageant d'une manière égale partout, il ne se produit pas de courant électrique. Au contraire, il suffit, pour qu'un courant se développe, d'altérer un peu la texture de la lame métallique, comme, par exemple, en la tordant sur elle-même. Si l'on parvient à avoir une température constante, la force électro-motrice sera elle-même constante et proportionnelle à l'excès de température de la soudure sur le reste du circuit.

Si l'on considère maintenant que la force thermo-électromotrice développée dans un circuit est la somme algébrique de toutes les forces électro-motrices développées aux différentes soudures, le pouvoir thermo-électrique de deux métaux est la grandeur de la force thermo-électrique pour une différence de 1° C. entre les soudures.

Il résulte des observations de Matthiesen, que divers métaux ont un pouvoir thermo-positif et d'autres un pouvoir thermo-négatif. C'est de ces principes, Messieurs, que l'on est parti pour construire les piles thermo-électriques et les amener à leur état actuel. Je ne veux pas abuser plus longtemps de votre attention. J'arrête ici la définition tout à fait succincte que je voulais vous donner de la thermo-électricité. Mais avant de passer aux applications dont elle est susceptible au point de vue de votre profession, je vous dirai quelques mots de la pile que j'ai l'honneur de vous présenter.

Je vous ai déjà dit : que les piles thermo-électriques n'avaient été considérées, pendant longtemps, que comme des générateurs d'une grande constance, susceptibles d'être employés avec beaucoup d'avantages dans les expériences scientifiques, mais incapables d'être appliqués en pratique en raison de la faiblesse du courant qu'ils produisaient ; l'application que fit, il y a quelques années, M. Marcus, du pouvoir thermo-électrique considérable des alliages métalliques et la possibilité de les chauffer à une température assez élevée sans détériorer la pile, firent entrer la question des piles thermo-électriques dans une nouvelle phase, qui fut exploitée avec succès par plusieurs physiciens, et en particulier par MM. Farmer, Bunsen, Ed. Becquerel, Clamond, Noé, etc. (*j'en passe et des meilleurs*). On put alors obtenir des piles dont la puissance pouvait être comparée à celle des éléments à acides, et ces piles furent même employées avec beaucoup d'avantages pour la galvanoplastie et l'électro-typie.

Je passerai sous silence toutes les piles qui ont été imaginées par divers auteurs et je vous décrirai succinctement la pile que construit M. Chaudron.

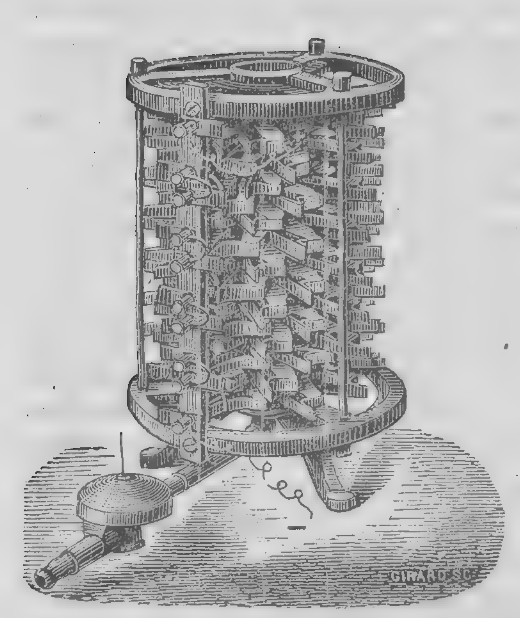


Fig. 1. — Vue en perspective de l'appareil. Le générateur est accouplé en tension.

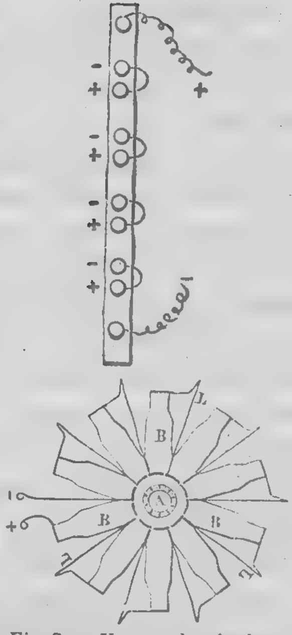


Fig. 3. — Vue en plan des barreaux assemblés et de leurs armatures.

Fig. 2. — Coupe suivant l'axe vertical de l'Appareil. Vue des armatures.

LÉGENDES

—

Fig. 2.

T. Tubulure servant à l'arrivée du gaz.

A. Tuyau en terre réfractaire percé de trous N par lesquels s'écoule le gaz mélangé à l'air, pr brûler dans l'espace annulaire.

D. Prise d'air, servant à la combustion.

BB. Barreaux thermo-électriques.

RR. Rondelles en amiante servant à isoler les éléments du générateur.

—

Fig. 3.

LL. Lames formant armatures.

BB. Barreaux thermo-électriques.

La pile thermo-électrique de M. Chaudron (fig. 1) se compose des éléments B B disposés par série de 10 en couronnes, et reliés l'un à l'autre par des lames de fer très minces L L avec saillie extérieure de façon à obtenir une grande surface de

refroidissement comme le montre la figure. Les couronnes sont superposées l'une à l'autre, mais séparées par une autre couronne d'amiante R. Leur réunion s'opère par des réophores, en quantité par leurs pôles de même nom, et en tension par les pôles de noms contraires. Le chauffage se fait par un tube en terre réfractaire percé de petits trous pour laisser passer le gaz. De cette façon, la seule soudure intérieure est chauffée, et la soudure extérieure se refroidit par l'air. Un régulateur X sert à régler l'arrivée du gaz.

M. Chaudron avait d'abord construit deux modèles de piles à gros et petits éléments. Les premiers pesaient chacun 200 g., les seconds seulement 60 g. Les piles à gros éléments comportaient deux n[os] de 50 et 100, celles à petits éléments en comportaient 4 de 60, 80, 100 et 120. Voici un tableau synoptique de leur rendement, sur lequel nous avons ajouté le rendement des nouveaux modèles mis en circulation.

TABLEAU SYNOPTIQUE DES GÉNÉRATEURS THERMO-ÉLECTRIQUES

GÉNÉRATEURS.	N°s des Appareils.	Nombre d'Éléments.	Poids de l'Élément.	RÉSULTAT DES EXPÉRIENCES: Dépense du Gaz à l'heure.	Force électro-motrice E.	Intensité I.	Résistance R.	Dépôt de Cuivre par 10 heures. (1)	PRIX.	OBSERVATIONS.
			en gr.	en lit.	en volts.	en ampères.	en ohms.	en gr.	en fr.	
POUR LA GALVANOPLASTIE	G. 1	50	200	180	3	7.5	0.40	350	180	
	G. 2	60	200	220	3.5	7.5	0.46	420	210	
	G. 3	100	200	300	5.5	7.5	0.73	600	300	
POUR LES LABORATOIRES DE CHIMIE ET LES CABINETS DE PHYSIQUE	L. 1	60	60	150	4	4.25	0.94	»	100	
	L. 2	80	60	200	5	4.25	1.17	»	120	
	L. 3	100	60	250	6	4.25	1.41	»	150	
	L. 4	120	60	280	8	4.25	1.88	»	180	
POUR LA CHARGE DES ACCUMULATEURS	A 1.	60	150	200	4	5.5	0.72	»	150	
	A. 2	80	150	240	5	5.5	0.90	»	200	
	A. 3	100	150	260	6	5.5	1.09	»	250	

(1) Les chiffres sont obtenus la pile étant montée en surface. Ils correspondraient, pour la pile G. 3, à un débit moyen de 50 ampères.

La seule inspection de ce tableau fait voir que si les piles à gros éléments ont une intensité relativement forte et peu de

force électro-motrice, celles à petits éléments en ont moins, mais ont une force électro-motrice beaucoup plus grande.

M. Chaudron fut donc naturellement amené à imaginer un moyen qui pût donner une force électro-motrice et une I à peu près égale ; cela ne pouvait que diminuer la résistance moyenne et par conséquent offrir un rendement supérieur.

Les nouveaux barreaux pèsent 150 g. et donnent, pris séparément, 1/12 de volt, une pile de 60 éléments, donne 4 volts et 5,7 ampères. « Je dois vous dire, Messieurs, que ces rendements sont les résultats des expériences faites au laboratoire de l'École de physique et de chimie de la ville de Paris, expériences que j'ai faites avec M. Hospitalier, qui a bien voulu mettre son laboratoire et ses appareils à notre disposition et nous prêter le concours de son expérience. Je profite de cette occasion pour l'en remercier ici. »

Je passe, Messieurs, aux applications, applications nombreuses, mais qui toutes ne conviennent pas à votre profession ; aussi ne vous parlerai-je que de celles qui sont susceptibles d'apporter quelques perfectionnements à votre art, déjà fort complexe cependant.

Vous vous servez, Messieurs, de divers outils fonctionnant par l'électricité, tels que cautères, air chaud maillet, tours à fraiser, etc. Vous avez aussi besoin de lumière, témoin le photophore de M. Hélot, que je devais expérimenter ici ; mais M. Hélot n'est pas venu ce soir, je le regrette fort, car je vous aurais fait voir sa praticabilité avec des accumulateurs. Cependant, j'ai ici une lampe de la même force exactement que ledit photophore et je vais vous l'allumer.

Voyez, Messieurs, que la lumière est blanche et que de plus elle ne dégage aucune chaleur, puisque je puis mettre cette lampe dans ma bouche. Seulement, vous remarquerez aussi que c'est avec des accumulateurs que cette lampe est allumée. Pour elle il en faut plusieurs, mais pour vos cautères un seul suffit, car en voici un des plus gros dont vous vous servez et son fil de platine est porté au rouge blanc. Vous voyez, par conséquent, que pour votre appareil à air chaud rien ne vous sera plus simple que de rougir son fil de platine.

De plus, la pile peut actionner directement un petit moteur

et faire marcher votre maillet électrique ; malheureusement, je ne connaissais pas assez vos besoins et je n'ai pu faire d'expériences sur le fonctionnement à l'aide de la pile de votre tour à fraiser — c'est une question que je me propose d'étudier et sur laquelle je reviendrai.

Pour me résumer, Messieurs, la pile que j'ai l'honneur de vous présenter est, je crois, la meilleure pour vous, en ce sens qu'elle vous évite la manipulation fastidieuse des piles à liquides et que, avec elle, vous n'aurez plus à craindre le dégagement des vapeurs nitreuses de la pile Bunsen. En outre, vous pourrez avoir toujours à votre disposition un courant électrique en réserve et c'est là pour vous un grand avantage.

M. Dubois. Messieurs, je demanderai à M. Manoury : 1° Si l'on peut obtenir avec cette pile un courant à peu près constant, partant si l'on peut obtenir un travail continu ; 2° Si elle peut l'utiliser comme pile primaire pour nos usages sans subir la nécessité coûteuse de l'accumulateur ; 3° Quelle est la durée approximative de la pile, le capital d'amortissement devant entrer en ligne de compte.

M. Manoury. On veut bien me demander de dire si la pile est d'un courant à peu près constant : je répondrai à cela par l'affirmation que le courant est d'une constance *absolue* et si j'emploie ce mot *absolue*, croyez bien que j'en connais sa valeur. En effet, en admettant même une légère différence dans le degré de chaleur transmis à la pile par le gaz, la force de chacun des éléments la constituant étant en quelque sorte très faible, cette différence ne peut influer sur le rendement total. J'ai observé que pour une variation de 40° C., la différence n'était pas encore de 1/10 dans la puissance.

Permettez-moi, Messieurs, en terminant de vous remercier de la bienveillante attention avec laquelle vous m'avez écouté et de vous en exprimer toute ma gratitude. (Applaudissements.)

M. Toinon. — Messieurs, sous les bienveillants auspices de MM. Poinsot et Levadour, j'ai l'honneur de vous présenter un nouveau galvano-cautère de MM. le Dr Wiet et G. V. Larochelle, électricien, qui a suscité l'étonnement des connaisseurs.

Cet appareil, sous faible poids et petit volume, produit des effets inconnus jusqu'à ce jour. Composé de deux éléments

plongeant dans un liquide à base de chromates spéciaux, il porte à l'incandescence un fil de platine de 20 centimètres de long et de 1 millimètre de diamètre.

Les trois figures de platine que je vous présente sont constituées par un fil d'une épaisseur de 1 millimètre :

Le couteau dont la forme rappelle un grand U renversé est d'une longueur de 0;090 millimètres et est porté à l'incandescence lumineuse, ainsi que vous pouvez en rendre compte. Cette température de 15 à 1,800 degrés n'exige pas moins de 35 à 40 ampères ;

La seconde figure en forme de V renversé est d'une longueur de 0,080 millimètres. Il suffit pour la porter à l'incandescence de ne plonger les éléments qu'à demi.

Quant à la troisième destinée aux pointes de feu, le fil employé est également de 0,080 millimètres.

Comme j'ai eu l'honneur de vous le dire en commençant, les personnes les plus autorisées ont été frappées de ce résultat.

Mais il en est un autre sur lequel j'appelle particulièrement votre attention. La polarisation est, pour ainsi dire, inconnue dans les piles de M. G. V. Larochelle.

Son liquide est d'une constance absolue, constance reconnue au laboratoire des recherches physiques (à la Sorbonne), qui possède une batterie de 8 éléments et au laboratoire de l'École normale supérieure.

A l'Exposition d'Électricité où l'appareil n'a pu être présenté que l'avant-veille de la clôture, il a suscité un profond étonnement.

Parmi les personnes qui ont bien voulu en reconnaître la supériorité incontestable, je vous citerai au hasard M. Gaiffe, l'électricien bien connu et le savant professeur de l'École de chimie et de physique de la ville de Paris, M. Hospitalier, dont le jugement en pareille matière peut être considéré comme article de foi.

Cet appareil a les avantages suivants à mon sens :

1° Il est constant et puissant.

2° Il est facilement transportable, grâce à son petit volume.

3° Son réglage est des plus faciles à l'aide de la vis qui relève ou abaisse les éléments, ce qui permet de rougir à l'in-

candescence le fil de platine le plus fin comme le couteau de 1 millimètre d'épaisseur.

4° L'échange des zincs dont la durée est d'au moins de 16 à 29 heures est des plus simples, n'étant retenus que par une vis.

5° La charge en est commode.

Tous ces avantages rendent donc cet appareil plus pratique que les accumulateurs pour la charge desquels il faut beaucoup de soins d'abord, et une certaine pratique des mesures électriques.

Si, en effet, l'on charge en excès l'accumulateur, l'énergie électrique se dépeinera d'elle-même et si, au contraire, la charge est insuffisante, l'accumulateur ne pourra donner qu'un débit insignifiant.

« En résumé, le travail emmagasiné par la pile (secondaire) « n'a été récupéré dans ses effets extérieurs que jusqu'à « concurrence de 60 °/₀. L'emploi de l'accumulateur a donc « coûté 40 °/₀ du travail fourni par le générateur, ou, en d'autres « termes, 40 °/₀ du travail électrique qui aurait été disponible « sans son intermédiaire.

« Ce chiffre de 40 °/₀, indiqué par la Commission, a été vérifié « ensuite par de nombreux expérimentateurs. Nous ne nous « arrêterons qu'aux résultats donnés en octobre 1883, par « MM. Monnier et Guitton à la suite de leur étude sur l'accu- « mulateur Faure Sellon et Volckmar.

« Ces essais faits précisément au moment où cette pile « servait à la traction électrique des tramways, ont porté sur « 10 éléments du type de 17 kilogs 5. MM. Monnier et Guitton « ont trouvé :

« 1° Que la quantité totale d'électricité restituée par la « décharge est égale à 84,34 °/₀ de celle qui a été absorbée par « la charge ;

« 2° Que la somme totale d'énergie restituée par la décharge « est égale à 62,44 °/₀ de celle qui a été dépensée par la charge.

« Il paraît donc maintenant légitime d'admettre que le « rendement en travail, qui est le seul important au point de « vue des applications, est en chiffres ronds de 60 °/₀. »

MM. Gadiat et Dubort, à l'ouvrage desquels j'emprunte cet

extrait (Voir Traité pratique d'électricité industrielle, page 243, parag. 245) continuent ensuite l'examen en ces termes :

« La durée des accumulateurs dépend de la quantité d'énergie qu'ils ont à fournir et aussi des conditions dans lesquelles « se fait leur emploi

« Il est évident, par exemple, que des éléments qui restent « toujours immobiles, fonctionneront plus longtemps que ceux « auxquels ont fait subir des transports journaliers ; les chocs, « les secousses peuvent amener la désagrégation des plaques « et les rendre rapidement impropres à tout service. On « comprend donc qu'il soit impossible de fixer à priori la « durée d'un accumulateur. Cependant, on admet généralement « que la plaque négative ne se détruit que très lentement et « qu'elle peut fonctionner pendant un temps considérable. Il « n'en est pas de même des électro des positives dans lesquelles « le plomb s'oxyde peu à peu et qui deviennent assez rapidement inertes. MM. Hospitalier, Fichet et Léon Jousselin ont « calculé que l'usure de cette plaque pouvait être évaluée à « raison de 250 grammes par cheval-heure disponible à la « sortie des accumulateurs. »

Et à propos de la charge, les mêmes auteurs ajoutent :

« L'expérience a prouvé que la charge et la décharge ne « devaient pas être trop rapides. En effet, on admet que le « courant de charge ne doit pas dépasser un ampère par kilogramme de plomb pour les grands modèles, et 4 à 5 ampères « par kilogramme pour les petits. Un dégagement de gaz « dans l'appareil indique que la charge est terminée. De même, « à la décharge, le courant ne doit pas avoir une trop grande « intensité et comme l'ont montré MM. Hospitalier, Fichet et « Léon Jousselin, le travail électrique disponible va en diminuant « à mesure qu'on demande par unité de temps, un travail plus « considérable. Ainsi, un accumulateur ordinaire peut fournir « un courant très intense (200 ampères par exemple) pendant « quelque temps, mais un pareil débit est loin d'être favorable « au rendement.

« Quand on cherche une solution économique il ne faut, « guère dépasser un ampère par kilogramme de plomb. »

Ces considérations me paraissent suffisantes pour vous

démontrer combien l'accumulateur est encore imparfait et peu propre à rendre des services dans les cabinets des chirurgiens dentistes. Pourquoi, en effet, l'idée de l'application du galvano-cautère par les accumulateurs n'a-t-elle pas été suivie de succès ?

On comprend aisément qu'un praticien ne veuille pas perdre son temps à mesurer le débit en ampères d'une pile ou d'un accumulateur, car son temps est et doit être consacré à bien d'autres choses.

De plus, le rendement des accumulateurs n'étant que de 60 °/₀, il semble qu'il est plus pratique de puiser l'énergie électrique à un générateur primaire, c'est-à-dire d'employer la pile que je vous présente, dont les manipulations sont des plus simples, car il suffit de relever les éléments après le travail et de changer le liquide après épuisement, sans s'occuper de l'amalgamage des zincs qui s'opère pendant le fonctionnement de la pile.

Je vous soumets donc en toute confiance l'appareil de MM. le Docteur Wiet et G. V. Larochelle, beaucoup plus puissant sous même poids que les accumulateurs, d'une pratique beaucoup plus simple et d'un rendement plus considérable que les appareils galvano-caustiques employés jusqu'à ce jour.

Plusieurs membres demandent si le liquide de cette pile peut servir pour d'autres.

M. Toinon répond que ceux qui possèdent la pile de Vert peuvent employer le liquide de la pile de M. Larochelle ; mais il répète que l'opérateur doit modérer la force de la pile suivant l'épaisseur de ses cautères, car il les fondrait infailliblement.

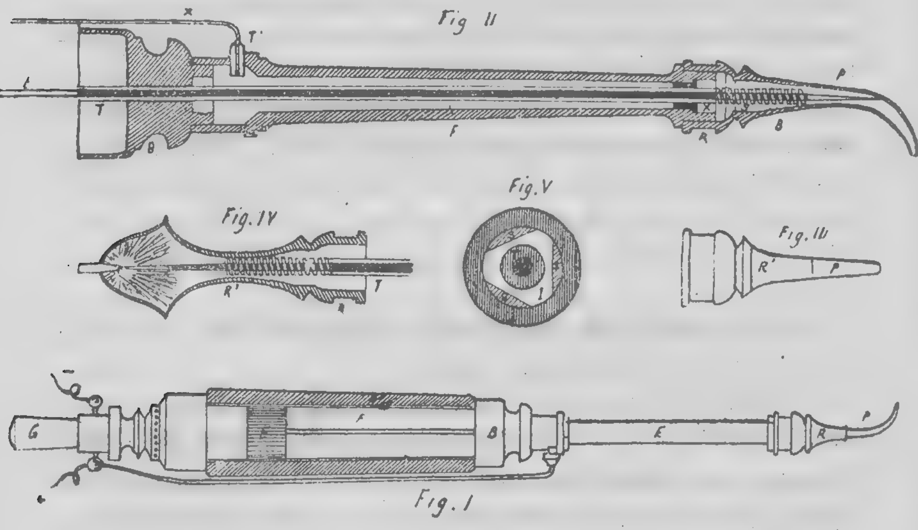
M. Préterre fait don à l'École Dentaire de deux pinces coupe-cheville dont il est l'inventeur.

M. Viau constate que la pince de M. Préterre rend de grands services et que depuis qu'il s'en sert il n'a qu'à s'en louer.

M. Poinsot. — Messieurs, M. Billard se fait excuser, car il ne présentera pas son moteur dentaire ce soir.

M. Poinsot invite M. Montaigne à présenter l'instrument qu'il a construit suivant ses indications.

M. Montaigne. — Messieurs, j'ai cherché de concert avec M. Poinsot à appliquer l'électricité à certains usages de chirurgie dentaire et à obtenir dans un seul instrument la chaleur pour produire de l'air chaud ; pour permettre de petites cautérisations, telles que celle de la pulpe et enfin de la lumière pour éclairer la bouche, lorsqu'on veut par la transparence ou par l'illumination de points peu accessibles à la lumière directe, établir un diagnostic que les autres moyens d'enquête ont laissé incertain. Vous pouvez juger en examinant la construction et le fonctionnement de cet instrument, que ces résultats multiples peuvent être atteints par le déplacement du bout terminal et son remplacement par l'un des instruments désirés, un tube vissé pour l'air chaud, un petit réflecteur pour la lumière.



Ainsi qu'on le voit, cet instrument se compose intérieurement d'un tube métallique isolé dans toute la longueur par de l'ivoire et dans lequel glisse un crayon de charbon qui va buter contre une spirale en platine terminant l'appareil. Un des pôles de la pile est relié avec ce charbon, tandis que l'autre est en communication avec le bout de platine. Si on ferme le circuit de la pile, le charbon entre en incandescence et communique sa chaleur par contact à l'outil chirurgical, ce qui donne un effet indirect tout nouveau dans ces applica-

tions. Pour que le crayon soit toujours en contact avec la platine, une soufflerie à main ou au pied communique au moyen d'un caoutchouc, se raccordant au manche, une impulsion constante d'air qui fait avancer le charbon au fur et à mesure de son usure. Cet air peut circuler dans le tube par suite d'un vide laissé par le charbon et arriver au bec où il il s'empare du calorique du crayon.

M. Poinsot. — Je vous présente une petite incisive supérieure dont la racine est aux trois quarts résorbée, le sujet à qui cette dent appartenait m'a déjà fourni les deux incisives centrales dans le même état (1) et je suis certain qu'avant peu je serai contraint de lui déplacer l'autre petite incisive et probablement une petite molaire.

Cette personne est âgée d'environ 40 ans, d'un tempérament nerveux, très bons antécédents, bonne hygiène.

M. Mousis, élève de l'École, présente le moulage d'une mâchoire supérieure qui montre les anomalies de nombre et de forme partant sur les incisives latérales; les renseignements recueillis établissent que ces anomalies sont héréditaires.

La séance est levée à 11 heures 20.

Le Secrétaire,
L. BIOUX.

REVUE DES JOURNAUX

I.

Sur l'incision des gencives pour aider à l'éruption des dents.

M. Edmond Owen, dans un mémoire lu à la Société médicale de Londres, a exposé le résultat de ses recherches sur cette question et examiné si l'ancienne pratique était utile ou non. L'auteur s'étonne de voir inciser la muqueuse qui recouvre une dent et qui n'est nullement enflammée, dans le but de favoriser ainsi la sortie de la dent. Il remarque très judicieusement que les molaires des enfants n'ont pas besoin du secours du bistouri ; tandis que les dents à bords aigus, les

(1) Ces deux dents sont déposées au Musée de l'École.

incisives, sont les seules auxquelles on accorde généralement l'aide d'une incision.

M. Owen pense que l'alimentation de l'enfant doit être le plus souvent incriminée, parce qu'elle est irritante et de nature à causer une inflammation de gencives, laquelle est parfois calmée par une petite saignée locale. Il ajoute, que c'est une grande erreur que d'attribuer à la dentition toutes les indispositions des enfants pendant les deux premières années de leur existence.

Au contraire, la paralysie infantile est souvent méconnue : le praticien voit l'enfant fiévreux, irritable, et attribue tous ces phénomènes fâcheux aux dents; quelques semaines plus tard on trouve les jambes atrophiées et déformées, et on reconnaît seulement alors la véritable nature de la maladie.

M. Owen invite les médecins praticiens et les dentistes à faire connaître le résultat de leur expérience sur ce sujet, afin de résoudre la question de savoir si l'usage de l'incision des gencives doit être général, ou s'il faut le considérer comme une torture inutile (*Brit. méd. journ.* nov. 1884, vol. II. p. 901).

II.

Cocaïne en chirurgie dentaire.

M. Mc Kno Ackland, d'Exeter, a employé la solution de chlorhydrate de cocaïne et le chlorhydrate lui-même, et a obtenu de bons résultats avec ce dernier, qui paraît mieux réussir pour les dents de devant et les prémolaires, et aussi pour les racines quand elles sont séparées.

L'auteur rapporte à ce sujet le cas suivant, qui paraît montrer le parti qu'on peut tirer de cette substance.

Un garçon de vingt ans vint à l'hôpital dentaire pour se faire enlever une seconde prémolaire inférieure droite, de volume moyen et très solide. La dent et la gencive, dans une zone d'un demi-pouce, étant entourées d'un peu de linge pour maintenir les parties à sec et empêcher la cocaïne d'être entraînée par la salive, on appliqua des cristaux sur la gencive autour de la dent et tout près d'elle, par trois fois, à intervalles de deux minutes. Après la seconde application la gencive fut complètement anesthésiée, le patient ne sentant plus les

piqûres d'une sonde très pointue. Quelques secondes après la 3e application, avec un davier chauffé, tenu caché du malade, la dent fut extraite, sans que celui-ci dit rien pendant quelque temps, puis il se mit à sourire en disant que la dent n'était pas arrachée ; et il ne voulut le croire qu'après avoir senti avec le doigt l'alvéole vide.

Pour les dents volumineuses, M. Ackland agit de même, mais immédiatement avant l'extraction, il introduit entre la gencive et le collet de la dent l'aiguille d'une seringue hypodermique et injecte 3 ou 4 gouttes d'une solution à 4 °/o. Mais cela n'est pas possible dans tous les cas.

Pour les molaires, en particulier les supérieures, bien que la douleur soit considérablement diminuée, il y a toujours celle de la séparation de la dent d'avec son alvéole, et de la rupture des vaisseaux et nerfs au sommet des racines.

Dans tous les cas, la gencive a repris son état normal en peu de temps, et il n'y a pas eu de symptômes fâcheux d'aucune sorte, quoiqu'on les ait recherchés avec soin, dans l'état local et général.

Comme analgésique pour la dentine sensible, la solution à 20 °/o s'est montrée très efficace. En l'appliquant sur une boulette de coton pendant quelques instants, on a pu procéder à la préparation d'une cavité qui auparavant avait causé de très vives douleurs.

M. Ackland pense aussi, qu'une solution au même titre rendra de grands services pour les cavités situées en rapport immédiat avec la pulpe, ou encore dans les opérations sur la pulpe elle-même. Mais ces résultats ne sont point confirmés par les praticiens.

Voici un nouveau fait très intéressant au point de vue de l'anesthésie de la muqueuse buccale, par les applications de cocaïne. Il ressemble un peu à celui que nous avons publié dans notre numéro de Décembre, sur l'emploi de la cocaïne en chirurgie dentaire.

M. Trefor Williams, d'Holyhead, écrit au *British médical Journal* (2 Mai 1885. p. 926) qu'ayant à se faire enlever quatre moignons de molaires, deux supérieurs et deux inférieurs, il alla chez M. Wilson, dentiste à Bangor ; celui-ci, ayant adap-

té avec les précautions usuelles le coin d'une serviette autour des moignons, appliqua largement sur les supérieurs des cristaux de chlorhydrate de cocaïne, dont quelques-uns tombèrent sur la langue. Au bout de 7 minutes, on fit l'extraction avec relativement peu de douleur, et ce fut seulement après l'extraction que l'effet de la cocaïne se fit complètement sentir. Il commença par le côté de la langue, puis s'étendit au voile du palais et à la joue du même côté, et enfin se montra aux gencives sur lesquelles la cocaïne avait été appliquée.

M. Trefor ajoute qu'il paraît évident que cet effet est plus rapide, plus intense, s'étend plus profondément et dure plus longtemps sur ces parties que sur les gencives. Peut-être pourrait-on attribuer ces particularités à ce fait qu'il est tombé sur la langue un peu de cocaïne, comme nous l'avons observé chez notre malade ; mais l'auteur dit que l'extraction des molaires inférieures, pratiquée 17 minutes après la première, s'accompagna des mêmes phénomènes. T. D.

III.

Pigment violet paraissant provenir de la bouche.

M. le Dr Dickinson a communiqué à la Société Pathologique de Londres, dans la séance du 7 avril dernier, un cas très curieux qui a beaucoup intrigué la malade et les médecins appelés en consultation. Il s'agissait d'une coloration violette de la bouche, qui fit croire à l'apparition de nouveaux microbes non encore décrits. La malade âgée de 60 ans portait un ratelier partiel du côté de la bouche où le pigment se montra ; la langue présentait la même coloration, qui fit songer immédiatement à l'inspection, ainsi que la Société put s'en convaincre en jetant les yeux sur un mouchoir qui avait servi à essuyer la bouche, que le pigment provenait d'un crayon de bleu d'aniline. Mais il ne fut pas facile de savoir au juste à quoi s'en tenir. M. le Dr Paddison, médecin de l'hospice des aliénés de Surrey, trouva la véritable nature du pigment et le Dr Tindalle, qui soignait la malade, finit par découvrir dans les fausses dents un fragment du crayon bleu.

Le cas, paraît-il, n'est pas absolument unique, car dans la

discussion qui suivit cette communication, MM. Stephen Paget, Radclife Crocker, Pepper, Bristowe citèrent des faits dans lesquels l'aniline avait, en colorant des pièces de linge, de l'eau, etc., fortement intrigué les médecins.

(*The lancet*, 11 avril 1885, p. 662.)

IV.

Moyen facile de traiter avec succès la fistule salivaire.

Ce moyen, indiqué par M. A. Hogdson, de Rochdale, consiste à enfiler une aiguille à chaque extrémité d'un fort fil de soie ; les deux aiguilles sont ensuite passées successivement par l'orifice externe de la fistule dans la bouche, et de manière à laisser entre les points de sortie une distance d'un quart de pouce environ. Il en résulte une anse située dans le trajet fistuleux, tandis que les chefs sont dans la bouche. Les aiguilles étant retirées, on lie solidement ces chefs et on les coupe ; la ligature ainsi constituée comprend la paroi interne du conduit salivaire, une partie de la muqueuse buccale et les tissus intermédiaires ; l'anse située dans le conduit salivaire n'empêche nullement la cicatrisation de l'orifice fistuleux externe, comme le fait le séton ordinaire.

Ce procédé fut employé chez un homme atteint de fistule du canal de Sténon, suite d'un coup de couteau. La salive s'écoulait continuellement, mais plus abondamment au moment des repas, et détail intéressant, lorsque le malade, marchand de poissons, ouvrait des huîtres. On avait eu recours, sans succès aux applications de nitrate d'argent, d'acide nitrique pur et de fer rouge. Le 20 janvier, on opère d'après le procédé décrit plus haut. Le 22, on touche les bords de la fistule avec l'acide nitrique pur ; un peu d'œdème consécutif de la face. Le 25, une petite croûte s'est formée et la salive s'écoule presque tout entière dans la bouche. La croûte tomba quelques jours après, laissant une cicatrice parfaite, et le 11 février la ligature s'en alla d'elle-même par la bouche, après avoir coupé les tissus qu'elle étreignait. Depuis, la guérison a été complète. (*The Lancet*, 11 avril 1885, p. 682.)

V

Suppuration chronique du sinus maxillaire,

par le Dr MORTON-SMALE, chirurgien-dentiste à l'hôpital de Westminster (Londres).

Pendant l'année 1884, j'eus à soigner trois cas de suppuration du sinus. Ils furent traités d'une manière un peu différente de celle qui est décrite dans la plupart des livres classiques et avec un résultat si favorable, que j'ai cru intéressant de les publier. Ces cas, d'après la majorité des chirurgiens, sont difficiles à guérir et le traitement dure généralement un temps très long.

Le traitement ordinaire consiste à ouvrir largement la cavité du sinus, si c'est possible à travers l'alvéole des prémolaires ou des molaires, et à apprendre au patient à nettoyer entièrement la cavité par la contraction forcée du buccinateur et de l'orbiculaire des lèvres sur une solution antiseptique contenue dans la bouche. En d'autres termes, le patient prend dans la bouche une certaine quantité d'un liquide antiseptique, contracte fortement les muscles buccaux, et par suite de la pression ainsi exercée la solution passe de la bouche dans le sinus à travers l'alvéole; le lavage de la cavité se fait par cette manœuvre plusieurs fois répétée. J'ai traité plusieurs cas de cette manière; mais toujours avec des résultats peu satisfaisants.

Je résolus donc d'être un peu plus hardi dans ce traitement, et d'employer un antiseptique plus puissant. Ayant enlevé toutes les dents malades sans que l'affection parut cependant liée à une altération d'aucune d'elles, la cavité fut ouverte largement par l'une des alvéoles et injectée plusieurs fois avec une solution phéniquée à 10 %. La cavité fut tamponnée avec du linge imbibé d'une solution phéniquée à 25 %, ce pansement resta en place pendant 24 heures, l'ouverture par la bouche étant fermée avec une plaque dans deux cas et par un tampon de coton imbibé de teinture résineuse dans le troisième. On le renouvela plusieurs jours de suite après avoir injecté dans la cavité une solution phéniquée à 10 % jusqu'à ce que toute odeur fétide, très caractéristique dans ces cas, eut disparu.

Pendant un mois encore, la cavité fut injectée tous les deux jours avec une solution phéniquée à 10 °/₀, mais sans retour de la fétidité. Le pus, dans le premier cas, était plein de bactéries, et pendant plusieurs mois, dans chaque cas, avait été une cause de grande gêne pour les patients, qui paraissaient anémiques et très amaigris ; l'appétit était perdu, et ils redoutaient véritablement d'aller en société.

Chaque cas doit être traité avec de légères différences, mais la description précédente du traitement est assez détaillée pour pouvoir s'appliquer à tous les cas. J'ajoute quelques notes sur l'un des miens.

Miss M., 40 ans, bonne santé habituelle. Pas de syphilis; très anémique et très amaigrie ; peu d'appétit, malaise continuel; sensation de dégoût dans la bouche et de temps en temps écoulement par les narines. Tous les matins, depuis six mois, collection fétide dans le pharynx; traitement médical sans succès. Haleine très fétide ; pas d'ozène ; face légèrement tuméfiée de temps en temps dans la région sous-orbitaire. Très peu de douleur ; excepté au moment de l'apparition du gonflement. J'enlevai, le 6 avril, plusieurs racines dentaires, et ouvris aussi largement que possible la cavité à travers l'alvéole de la seconde prémolaire. Il s'écoula alors une certaine quantité de pus très fétide. Injection et tamponnement comme je l'ai indiqué plus haut. Le 7, renouvellement du pansement ; peu de pus, mais la fétidité persiste. Le 8, légère amélioration ; on continue le traitement ; le 12, amélioration plus marquée ; il n'y a plus de fétidité ; on enlève le tamponnement. La cavité est injectée tous les deux jours avec la solution phéniquée à 10 °/₀ pendant un mois. — Le 20 mai, guérison complète : plus d'écoulement, la malade va de mieux en mieux. — Le 6 février 1885, Miss M. était parfaitement bien. (*Brit. méd. journ.*, 18 avril 1885, p. 780).

Accidents produits du coté de l'appareil de l'ouïe par les affections dentaires.

Les accidents produits du côté de l'œil par les affections du système dentaire ont été dans ces dernières années surtout

étudiés à différentes reprises avec beaucoup de soin. Celles de l'appareil de l'audition un peu moins graves, mais peut-être aussi fréquentes, sont moins connues.

On désigne sous le nom d'otalgie tympanique, dit M. Urbantschich, les douleurs d'oreille qui ne sont liées à aucun état inflammatoire appréciable et qui constituent par conséquent une affection purement nerveuse. Comme la caisse reçoit les rameaux sensibles du trijumeau et du glosso-pharyngien, on comprend qu'une affection de ces deux nerfs, directe ou réflexe, puisse donner lieu à une otalgie. De même que dans les névralgies, l'otalgie est périodique, intermittente ou continue. Une des causes les plus fréquentes est l'irritation de la troisième branche du trijumeau produite par la carie dentaire; dans ce cas il existe souvent de la douleur dans les dents, mais le malade ressent des élancements très douloureux dans la profondeur de l'oreille. L'auteur emprunte ensuite plusieurs cas à la pathologie dentaire de Wedl; l'un d'eux est relatif à une otalgie qui s'irradiait vers le cou, l'épaule et le bras; elle avait pour point de départ, une racine laissée dans son alvéole à la suite d'une extraction mal faite. On l'enleva et la névralgie disparut. Dans un cas rapporté par Schwartz, l'otalgie avait pour cause la carie d'une des dents de sagesse, l'extraction en eut également raison.

Tont récemment le Dr Samuel Sexton, chirurgien de l'infirmerie pour les yeux et les oreilles, de New-York, a rapporté une série d'observations sur le même sujet.

« Quelques-uns de ces cas, dit le Dr Willam Bartlett, aide de chirurgie, qui a publié les faits, ont été présentés par le Dr Sexton aux médecins qui suivent la clinique de l'Ecole d'ophtalmologie, d'otologie et de laringologie de l'hôpital en question.

L'expérience montre que la douleur d'oreille est dans beaucoup de cas due à une simple otalgie produite par une carie dentaire. Parfois même, lorsque cette otalgie est très pénible, on ne trouve aucun caractère d'hyperémie ou d'inflammation dans une partie ou dans une autre de l'oreille. Dans certaines affections aiguës et chroniques, les phénomènes sont exagérés par les agents réflexes auxquels nous avons fait allusion. Ces cas sont extraits du livre de clinique.

Observation I.

Bertha S..., 6 ans, vient à l'infirmerie le 15 Juin 1883. Depuis l'année dernière elle a de temps en temps des douleurs dans l'oreille ; et depuis deux ans elle a présenté par intervalles un peu d'écoulement d'un coté. Il y a quelques jours les douleurs sont revenues ; elles sont même si violentes qu'elles lui ôtent tout repos pendant la nuit. L'examen montra que le conduit auditif externe gauche contenait une masse de cerumen. La membrane du tympan du côté droit était dépolie et hypérémiée. Les premières et secondes molaires inférieures des deux côtés étaient en voie d'exfoliation. Traitement : Extraction de ces dents, petites doses de teinture d'aconit pour calmer la douleur. C'est probablement la carie dentaire qui avait été la cause de l'hypersécrétion de cérumen d'un côté et d'otalgie de l'autre.

Observation II.

Marie B..., 21 ans, se présente à l'infirmerie le 21 Juin 1883 ; se plaint depuis 15 jours de douleurs dans l'oreille gauche ; ces douleurs tendent même de jour en jour à augmenter. Elles sont en outre exagérées par l'impression du froid, la nuit ; elles sont assez intenses pour tenir la malade éveillée. Pas de bourdonnements ni d'écoulement d'oreille. Les deux conduits sont remplis de cérumen. Les deux dents de sagesse supérieures sont carriées, les deux dents de sagesse inférieures sont en pleine éruption. Par suite de la perte de plusieurs dents de l'arcade dentaire supérieure, une plaque de caoutchouc a été portée depuis quelques années. L'irritation produite par la carie dentaire et l'éruption des dents de sagesse était augmentée à n'en pas douter par l'appareil.

Observation III.

Rosa H..., 40 ans, entre à l'hôpital le 7 Août 1883. Aphalalgie depuis 18 mois, jamais de troubles du côté de l'oreille auparavant. A eu des douleurs dans l'oreille droite, depuis deux jours, sans écoulement. Les dents sont très mauvaises,

et le conduit auditif externe est le siège d'une inflammation diffuse. Traitement : sulfate de chaux à dose de 3 centig. toutes les 3 ou 4 heures. Teinture d'aconit à petites doses.

10 Août, amélioration. N'est pas revenue.

Observation IV.

Henriette G..., 7 ans, entre le 7 Août pour une otalgie d'origine dentaire. Hypérémie de la membrane du tympan du côté droit. Carie des deux molaires inférieures de 6 ans.

Observation V.

M. M... a eu il y a 5 à 6 ans une surdité plus ou moins prononcée qui a été découverte par ses maîtres. Obligé de quitter l'école par suite d'otalgie. La membrane du tympan est dépolie et présente des plis plus ou moins prononcés dus à un vice de développement.

Le canal gauche contient beaucoup de cérumen empêchant de voir le tympan. Toutes les molaires de 6 ans sont cariées de même que les autres dents. N'entend des deux côtés que les mots prononcés à très haute voix. Petites doses d'aconit. Surveiller les dents.

Observation VI.

Amélie P..., 22 ans, entre à l'hôpital le 18 Septembre 1883, n'a jamais eu de trouble du côté de l'oreille, sauf depuis 15 jours qu'elle se plaint d'une violente douleur dans l'oreille gauche, douleur plus violente la nuit, et dans le décubitus dorsal. Les deux canines supérieures ont été extraites et la seconde molaire supérieure, mais ces opérations n'ont eu en apparence aucune influence sur l'otalgie. La douleur s'irradie en haut sur le sourcil, en bas sur la mâchoire inférieure ; un peu de douleur du larynx et du pharynx pharyngite avec tendance à l'ozène. La menstruation est normale. Conduit auditif externe, étroit, membrane du tympan hypérémiée. Le conduit renferme une petite quantité de cérumen. L'oreille gauche est dans la même condition que la droite. On a fait avant son entrée l'extraction des deux bicuspides

supérieures. A la mâchoire inférieure les deux bicuspides droites et la première bicuspide gauche sont cariées. On conseille l'extraction.

Observation VII.

Lizzie C..., 20 ans, couturière ostendaise, entre le 1er Octobre 1883. Pas d'accidents spécifiques, pas d'impaludisme ni de rhumatisme. Pharyngite légère, n'a jamais souffert de douleurs de dents bien étendues. Depuis deux ans a eu des attaques répétées d'otalgie, du côté gauche, ces attaques duraient de un jour à un jour et demi et s'accompagnaient de bourdonnements d'oreille et de surdité. L'attaque actuelle a commencé il y a un mois et a toujours continué depuis lors en gardant les mêmes caractères. Les dents sont couvertes de tartre, plusieurs sont cariées à la mâchoire supérieure et à la mâchoire inférieure. Les conduits auditifs sont d'apparence normale. Extraire les molaires cariées et enlever le tartre. Le 4 Octobre, l'avulsion fut suivie d'un soulagement très complet, le 7, la douleur a complètement disparu.

Observation VIII.

Marie L..., 24 ans, entre le 30 Octobre 1883. Prend facilement froid. Depuis 8 jours, douleurs dans l'oreille droite, très nerveuse. Un peu d'écoulement par l'oreille droite, pas de bourdonnements ni de troubles de l'audition. Il y a deux ans, otalgie bilatérale sans supersécrétion. Les dents font très mal. L'examen de l'oreille droite montre que le méat auditif est formé par des tissus tuméfiés ; audition satisfaisante. La première et la seconde molaire supérieures droites sont absentes. La première molaire inférieure droite est cariée et la dernière molaire en pleine éruption 0, 05 de sulfate de chaux toutes les trois heures. Cataplasmes chauds.

Le 3 Novembre, pas de rougeur, la douleur a cessé depuis la nuit du 1er Novembre, un peu de pus dans le conduit auditif. Le traitement continu, on recommande l'extraction des dents détruites et l'obturation de celles dont la pulpe est saine.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE

(SOCIÉTÉ CIVILE DE L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS.)

23, Rue Richer, 23

—

Assemblée générale annuelle du Mardi 27 Janvier 1885

—

PRÉSIDENCE DE M. POINSOT, VICE-PRÉSIDENT.

La Séance est ouverte à 9 heures.

Trente membres sont présents.

Le Secrétaire général donne lecture de la correspondance. — Plusieurs membres de province, M. Fanton, d'Orléans; Alaux, de Toulouse; Gilbert, de Charleville, etc., etc., s'excusent de ne pouvoir assister à la séance.

Le procès-verbal de la dernière Assemblée générale du 17 Avril 1884, est adopté.

Le Secrétaire général donne lecture de son rapport annuel dans lequel il rend compte, au nom du Conseil de Direction, de la marche de la Société pendant l'année écoulée (1).

Le Trésorier expose la situation financière.

Ces deux rapports sont adoptés.

Le Secrétaire général informe l'Assemblée que, conformément au mandat qui lui avait été donné le 17 avril 1884, le Conseil de Direction à définitivement organisé les différentes branches de la Société Ecole : Société Scientifique ; Caisse de Prévoyance ; Syndicat Professionnel; Journal. Il en a préparé et voté les règlements intérieurs. Cependant le Conseil de Direction a cru devoir donner à nouveau à l'Ecole la forme de Société civile qu'elle avait précédemment, afin de bénéficier des avantages de la reconnaissance comme d'utilité publique demandée en ce moment au Gouvernement.

En conséquence, il propose l'adoption des Statuts votés pour l'Ecole avec de légères modifications concernant la nomination du Directeur et le fonds de réserve.

Ces statuts avec les modifications sont adoptés à l'unanimité.

Le Secrétaire général propose alors au nom du Conseil de Direction d'apporter quelques modifications aux Statuts de l'Association générale. Ces modifications portant sur les articles, 3, 18, 25, 27, 28, 30, 35, 36, 38, 39, 40, 41, 44, 50, 51, 53, 54 sont, après discussion, adoptés.

L'assemblée ratifie, après explication, la radiation de M. Carroué comme membre de l'Association prononcée par le Conseil de Direction en sa Séance du 30 Décembre 1884.

L'Assemblée prend deux délibérations dont la première renouvelle le mandat, donné au Conseil précédant et donnant mission de poursuivre

(1) Voir l'*Odontologie* de Janvier 1885.

devant les pouvoirs publics la reconnaissance comme d'utilité publique de la Société ;

La deuxième offrant à M. Lecaudey, Directeur de l'Ecole pendant les années 1880, 1881, 1882, 1883, 1884, un témoignage de reconnaissance.

Ces deux délibérations sont prises à l'unanimité.

Le Président annonce alors que conformément aux Statuts, il doit être procédé au remplacement de douze membres sortants du Conseil et d'un membre démissionnaire.

Ce sont :

MM. Aubeau ; Blocman ; Bioux ; David ; De Lemos ; Godon ; Jourd'heuil : Lecaudey ; Martial Lagrange ; Pinard ; Ronnet; Thomas ; A. Dugit, démissionnaire.

L'Assemblée procède au vote. Sont nommés membres du Conseil pour deux ans :

MM. Aubeau ; Blocman ; Bioux ; David ; De Lemos ; A. Dugit, fils ; Ch. Godon ; E. Lecaudey ; Legret ; Pinard ; Ronnet ; Thomas.

M. E. Lowenthal, nommé en remplacement du membre démissionnaire. sera soumis à la réélection au bout d'une année.

La séance est levée à onze heures.

Le Secrétaire général,
CH. GODON.

CONSEIL DE DIRECTION

Séance du Mardi 2 Février 1885.

PRÉSIDENCE DE M. GARDENAT.

Le doyen d'âge M. Gardenat prend place au fauteuil comme Président. M. Godon fait office de Secrétaire.

Le procès-verbal de la dernière séance du Conseil de Direction (24 Janvier) est adopté.

Le Secrétaire donne lecture du procès-verbal de l'Assemblée générale de la Société du 30 Janvier 1885.

La réunion procède à la vérification des pouvoirs des nouveaux membres du Conseil, élus à l'Assemblée générale et dont l'élection est validée sans protestation.

Ce sont :

MM. Lecaudey ; Aubeau ; Thomas ; Godon ; David ; Bioux ; Blocman ; Ronnet ; De Lemos; Ad. Dugit; Legret; Pinard, nommés pour deux ans, et M. Lowenthal nommé pour une année.

Le Conseil de Direction définitivement constitué, la réunion procède à la nomination de son bureau.

Sont nommés : MM. E. Lecaudey, Président ;
Poinsot, Wiesner, } Vice-Présidents ;
Godon, Secrétaire général ;
Viau, Secrétaire correspondant ;
Ronnet, Trésorier
Thomas, Bibliothécaire.

M. le Dr David est renommé Directeur de l'Ecole.

M. Dubois est adjoint au Dr Thomas comme Sous-Bibliothécaire.

M. Blocman est nommé Conservateur du Musée de l'Ecole.

Le Comité d'Administration de la Société d'Odontologie est ainsi constitué : De Lemos ; Bioux et Legret.

Le Comité d'Administration de la Caisse de Prévoyance, Comité Syndical, est ainsi constitué : MM. Lowenthal; Lemerle ; Chauvin ; Gardenat; Barbe.

Le Conseil décide que ce Comité remplira également les fonctions de Conseil de famille de la Société.

Le Comité de Rédaction du Journal est ainsi composé : MM. Viau ; Blocman ; Godon ; Pinard ; Chauvin.

La Commission des examens : MM. Barbe ; Bioux ; Legret ; De Lemos ; Dugit ; Lemerle ; Ronnet ; Chauvin.

Le Secrétaire donne lecture de la correspondance.

Diverses mesures d'administration sont votées.

La séance est levée à 11 heures.

Le Secrétaire général,
CH. GODON.

Séance du Mardi 10 Mars 1885.

PRÉSIDENCE DE M. POINSOT, VICE-PRÉSIDENT.

Le procès-verbal de la dernière séance est adopté.

Le Secrétaire donne lecture de la correspondance.

M. Godon informe le Conseil que M. le Dr Jacquet a offert à l'Ecole Dentaire, à titre gracieux, une page d'annonce dans le livre d'ordonnance des archives du médecin. Il lui a adressé, au nom de l'École, une lettre de remerciements.

MM. Albert Davidson et Neveu, présentés par MM. Godon et Viau, demandent à faire partie de l'Association.

Le Secrétaire général donne lecture du rapport de M. Horay sur le service dentaire de l'orphelinat Cocquerel pendant l'année 1884.

M. Poinsot donne lecture du rapport de la Commission du concours pour la nomination de professeurs adjoints de dentisterie opératoire.

Le Conseil, considérant les excellents résultats donnés par le concours, crée un troisième poste de professeur suppléant sans appointements. Le titulaire de ce poste sera appelé à remplacer l'un des deux adjoints empêché. Dans ce cas il touchera une indemnité prise sur les appointements de l'adjoint qu'il aura remplacé, et proportionnelle au temps de remplacement.

MM. Lemerle, Heide et Ronnet sont nommés professeurs adjoints de de dentisterie opératoire.

MM. Lemerle et Rounet sont chargés d'occuper les deux postes vacants et d'entrer en exercice.

Sur la proposition du Comité de rédaction du journal l'*Odontologie*, M. Dubois est nommé directeur-gérant pour l'année 1885.

Le Conseil décide que le banquet de l'Association aura lieu le samedi 2 Mai.

Sont nommés membres de la commission du banquet, MM. Dubois, Pinard, Viau, A. Dugit, Ronnet.

La Commission d'enquête sur le cours pratique de prothèse à l'Ecole dépose son rapport.

M. Godon dépose une proposition tendant à l'organisation de l'enseignement de la prothèse à l'Ecole Dentaire pour l'année 1886.

Il est décidé qu'une commission d'étude sera nommée à la prochaine séance.

En attendant, le Conseil décide que les cours pratiques de prothèse auront lieu à l'Ecole, tous les jours de 1 heure à 4 heures, sous la direction du chef de laboratoire.

M. Fournier, D. E. D. P. 1883, est nommé démonstrateur à l'Hopital dentaire.

La séance est levée à 11 heures.

Le Secrétaire général,
CH. GODON.

NOUVELLES

Les examens pratiques à l'Ecole Dentaire de Paris commenceront le samedi 16 mai, les examens théoriques auront lieu du lundi 13 au jeudi 16 juillet.

Ordre du jour de la Société d'Odontologie. — Séance du 19 mai, 8 h. 1/2 du soir. — Des applications de l'électricité à l'Art Dentaire, présentation d'appareils, par M. Manoury, ingénieur.

Par arrêté ministériel, en date du 17 avril 1885, la chaire d'hygiène de la Faculté de médecine de Paris est déclarée vacante. Elle fut occupée pendant 35 ans, par M. Bouchardat qui vient de prendre sa retraite.

La section de chirurgie de la bouche et de l'art dentaire au congrès médical international de 1887.

L'organisation des bureaux des dix-neufs sections dont se composera le prochain congrès est déjà terminée, grâce au zèle et à l'activité bien connus du secrétaire général du Congrès, M. le Dr John S. Billings, de Washington. — Le bureau de la section qui nous concerne a été constitué de la manière suivante : MM. Jonathan Taft, de Cincinnati, président ; — W. Allport, de Chicago, William H. Dwinelle, de New-York, Jacob L. Williams, de Boston, vice-présidents ; — Edwvard A. Bogue, de New-York, George H. Cushing, de Chicago, secrétaires. — Membres du Conseil : MM. W. C. Barrett, de Buffalo, Thomas Fillebrown, de Boston, F. J. S. Gorgas, de

Baltimore, Edward Maynard, de Washington, H. J. Mackellops, de Saint-Louis, W. H. Morgan, de Nashville, M. C. Newlin Peirce, de Philadelphie, L. D. Shepard, de Boston, James Truman, de Philadelphie, J. W. White, de Philadelphie.

La Morphinomanie. — M. P. Regnard a fait à l'Association scientifique de France une intéressante conférence sur l'empoisonnement chronique par la morphine et par l'éther (1).

Parmi les exemples donnés par le conférencier nous citerons celui-ci.

En 1882, une dame C...., femme d'un dentiste de Paris était arrêtée en flagrant délit de vol aux Magasins du Louvre. Examinée par M. Brouardel, elle racontait son délit sans la moindre gêne, sans inquiétude ; elle avouait que depuis plusieurs années elle prenait de la morphine dans le cabinet de son mari et qu'elle était arrivée à en consommer un gramme par jour. Elle était tombée dans un tel état de stupidité qu'elle n'avait pas même pris de précautions pendant qu'elle commettait son vol.

L'abondance des matières nous force à renvoyer au mois prochain le compte-rendu du Banquet de l'Association Générale des Dentistes de France.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'apprendre le décès d'un de nos distingués confrères de province, M. Fanton. A l'époque où les dentistes restaient inertes, il essaya, avec quelques courageux, de les tirer de leur torpeur.

Les premiers journaux dentaires qui parurent en France, le *Journal des Dentistes* 1860, *l'Abeille* 1862, le comptèrent parmi ses collaborateurs. Leurs efforts ne furent pas couronnés de succès malgré la valeur des hommes qui essayèrent ce mouvement. Repris 20 ans après, il donna les brillants résultats qu'on connaît. M. Fanton pratiquait à Orléans depuis de longues années, il fut un des premiers à applaudir à la création d'une École Dentaire, son fils fut notre camarade et est aujourd'hui notre collègue. Qu'il reçoive l'expression de nos regrets.

AVIS

Le prix des frais de recouvrement est à la charge des souscripteurs.

---

(1) Deux poisons à la mode, la Morphine et l'Ether. Revue scientifique, 2 Mai 1885.

27054. — Amiens, Imp. T. Jeunet.

VOL. 5. Paris, Juin 1885 N° 6.

L'ODONTOLOGIE.

TABLE DES MATIÈRES POUR JUIN 1885.

TRAVAUX ORIGINAUX

ANOMALIES DENTAIRES

DE LA DÉVIATION SUR L'AXE ET DE SON TRAITEMENT PAR LA ROTATION BRUSQUE.

(Suite.) (1)

Les auteurs dont nous venons de rapporter l'opinion ou les observations ont appliqué la luxation brusque à plusieurs variétés de déviation. C'est dans le traitement de la déviation axile que nous voulons seulement l'étudier ici.

Il faut convenir que l'opération de la rotation brusque pratiquée dans ce cas, se trouve aujourd'hui singulièrement facilitée par le perfectionnement de nos instruments. Nos daviers ne ressemblent plus guère à ces grossières « pinces ou pincettes », qu'employaient nos devanciers du siècle dernier. Il nous est toujours facile d'en trouver un parfaitement adapté à la forme de la dent. Il en existe même dont les mors sont amincis,

(1) Voir l'*Odontologie*, Mai 1885. P. 169.

inégaux, suivant les cas, pour pouvoir les introduire entre deux dents rapprochées.

La dent, solidement saisie au niveau du collet, est lentement et sans secousse tournée sur elle-même, dans le sens de la réduction, jusqu'à ce qu'elle ait légèrement dépassé la limite où l'on doit la fixer. C'est qu'elle revient toujours un peu sur elle-même, comme ramenée en ce sens par l'élasticité du périoste, qui se serait plutôt allongé que rompu en certains points ; mais la véritable cause de ce retour doit être, selon nous, le défaut de concordance entre la forme de l'alvéole et celle de la racine une fois réduite.

En effet, quand la racine est arrondie, conique, quelle que soit sa situation dans son alvéole, en tournant autour de son axe, elle y trouvera toujours place ; mais si elle est aplatie, en la faisant tourner autour de son axe, on met son grand diamètre transversal en rapport avec le petit diamètre de l'alvéole, qui ne la reçoit que plus ou moins difficilement, en exerçant sur elle une pression variable ; celle-ci tend à repousser la racine dans sa première place, ou même à la chasser tout à fait de l'alvéole, comme cela est arrivé dans l'observation III de Bourdet, rapportée plus haut.

Pendant cette manœuvre, qui a pour but de rompre les adhérences périostales, il faut autant que possible ne pas exercer de tractions verticales, pour éviter la déchirure du faisceau vasculo-nerveux pulpaire, qui doit être seulement tordu.

La plupart des chirurgiens garnissent, pour ne point léser les tissus de la dent, surtout l'émail, les mors du davier avec du papier de plomb, d'étain, du fil, un tube de caoutchouc... etc. Nous pensons qu'avec ces précautions on saisit moins bien la dent. Il nous a paru préférable d'employer le davier nu, d'autant qu'il est déjà par lui-même souvent trop large pour tourner entre les deux dents voisines sans les heurter. D'ailleurs les accidents ne sont pas à craindre avec un davier bien approprié, et en prenant les précautions que nous indiquerons pour les éviter.

Mais un point important, absolument passé sous silence par les nombreux auteurs que nous avons consultés, nous intéresse tout d'abord.

Quel est *l'état anatomique et physiologique* d'une dent ainsi brusquement tordue sur son axe ?

Il doit être évidemment variable avec les conditions primitives de la dent, la facilité de l'opération... Celle-ci n'est généralement pratiquée que sur des dents d'ailleurs saines, dont le périoste et la pulpe se trouvent par conséquent intacts. Mais l'état anatomique de ces parties varie avec l'âge.

Chez les jeunes sujets, le périoste, surtout au sommet de la racine, est plus épais, plus vasculaire ; le faisceau vasculo-nerveux qui le pénètre est volumineux. Tout nous porte à croire que dans ces conditions les tissus mous, y compris le périoste, qui unissent le sommet radiculaire à l'os, ne sont que tordus. Sur le reste de la racine, la couche périostale est dissociée, divisée en deux lames, ou par points complètement arrachée de la surface osseuse mais susceptible de se réunir dans la nouvelle situation de la racine. Dans ces conditions, non seulement la dent possède encore sa vitalité tout entière, mais même ne cesse pas de vivre, encore réunie qu'elle est à l'organisme par son faisceau vasculo-nerveux d'abord, puis, après sa consolidation par les éléments qui lui viennent du périoste.

Nous ne pensons pas qu'il en soit ainsi chez les adultes. Ici en effet, le canal radiculaire est très étroit et le faisceau vasculo-nerveux très mince : le périoste voisin a lui-même pris part à cette atrophie Les parties molles, peu élastiques, nous paraissent devoir se rompre bien facilement pendant les manœuvres opératoires. N'est-ce pas d'ailleurs sur cette idée qu'est basée une méthode particulière de traitement de la carie dentaire compliquée, méthode qui consiste à luxer incomplètement la dent pour rompre le cordon vasculo-nerveux de la racine et supprimer les douleurs pulpaires ?

La dent, complètement séparée en ce cas, se trouverait placée dans les conditions d'une dent replantée, avec quelques différences toutefois. En effet, malgré la déchirure complète de ses adhérences, sa présence non interrompue dans l'alvéole empêche l'hémorrhagie, évite par conséquent la formation de caillots entre les deux surfaces qui doivent se réunir, en même temps qu'elle ferme l'entrée aux agents septiques extérieurs.

L'étendue du mouvement de torsion, toutes conditions égales d'ailleurs, influe également sur l'état de la dent. Le cordon et le périoste radiculaires sont moins exposés à se déchirer avec un déplacement de quelques degrés, qu'avec un quart ou un demi-tour. La forme de la racine a également des conséquences que nous examinerons tout à l'heure.

Les suites de l'opération sont en général simples. Comme elle n'est guère pratiquée que chez les jeunes sujets, le faisceau vasculo-nerveux radiculaire n'est généralement pas rompu, sauf complications. C'est ce qui explique la douleur relativement peu intense de cette opération. On peut d'ailleurs recourir à tous les procédés d'anesthèsie. La perte de sang est, pour la même raison, nulle ou insignifiante.

Dans quelques cas la dent se maintient naturellement d'elle-même, soit par son emboîtement dans la cavité alvéolaire, soit par la pression directe des dents opposées, ou par l'appui qu'elle trouve entre les dents voisines, auxquels cas il n'est point nécessaire de la fixer.

Mais le plus souvent elle est assez mobile et réclame, surtout chez les jeunes sujets indociles, des moyens de contention aussi parfaits que possible. Les anciens employaient un bandage de fil ciré en 8 de chiffre. Il serait préférable lorsque c'est possible, de faire au préalable construire un appareil comme ceux que nous recommandons pour immobiliser les dents replantées. Une plaque métallique exactement appliquée sur la partie antérieure de la voûte palatine et sur la face interne des dents se replie sur son pourtour antérieur en une gouttière où vient s'enchasser le bord libre des dents : des crochets latéraux servent à la fixer solidement aux molaires. Cet appareil, qui permet l'occlusion à peu près complète de la bouche, immobilise parfaitement les dents qu'il enchasse, et les empêche de sortir de l'alvéole ou de retourner dans le sens de la déviation.

Rarement il y a une réaction inflammatoire vive. A peine observe-t-on un peu de rougeur sur la gencive. Dans ces cas, sans enlever l'appareil, on fait sur cette partie et tout autour de la dent en voie de consolidation quelques lotions froides, ou mieux des injections antiseptiques, au chloral par exemple.

Si cet état persistait, et si même le bord libre de la gencive devenait fongueux, quelques attouchements caustiques en auraient facilement raison. Pour ne point provoquer de mouvements, de chocs sur la dent, il conviendra de conseiller pendant quelques jours une alimentation liquide ou qui ne nécessite point de grands efforts de mastication. Au bout de quatre ou cinq jours, à moins de complications, la dent est pleinement consolidée et apte à reprendre ses fonctions.

La consolidation s'est effectuée comme dans la greffe, par la réunion des deux couches du périoste alvéolo-dentaire. Elle est plus rapide, plus parfaite que dans les cas de transplantation ou de réimplantation, à cause des adhérences qu'a conservées le sommet radiculaire. La dent a repris tous ses moyens de nutrition, aussi conserve-t-elle avec sa solidité, sa sensibilité et sa couleur propre.

L'insuccès n'a pas été mentionné par les auteurs ; il faut cependant en prévoir la possibilité. Il serait déterminé, en l'absence de complication particulière, par une suppuration intra-alvéolaire qui entraînerait l'élimination de la dent, soit immédiate, en deux ou trois jours, soit tardive.

L'âge du sujet, qui n'influe pas considérablement sur les résultats de la greffe ordinaire, prend ici une plus grande importance. Ainsi que nous l'avons dit, les connexions dentaires sont plus riches chez les jeunes sujets ; chez eux la consolidation sera d'autant plus facile que ces connexions ne sont pas complètement rompues, et que la vitalité des surfaces d'affrontement est plus considérable. En outre, la densité moins grande du tissu osseux jeune rend l'opération plus facile, les complications moins fréquentes. Nous l'avons exécutée le plus souvent sur des enfants de 10 à 12 ans. Deux fois, cependant, nous avons ainsi redressé des incisives chez des sujets qui avaient plus de vingt ans.

Quelques *complications* sont à signaler. C'est en premier lieu des *éraillures* de la dent redressée ou des voisines. Il suffit pour les éviter d'un peu d'attention et de choisir un davier bien approprié au cas. La *fracture* complète de la dent ne peut survenir qu'entre des mains absolument ignorantes de l'extraction des dents. — *L'extraction* complète a été souvent pratiquée,

plutôt à cause de l'indocilité du sujet que par la maladresse de l'opérateur.

Pour éviter ces deux graves complications, nous croyons utile de répéter ici les précautions que notre expérience nous avait suggérées, et que, depuis, nous avons trouvées indiquées dans les vieux auteurs. Avant de procéder à l'opération, nous ébranlons pendant un jour ou deux la dent déviée, soit à l'aide de fils, soit simplement à l'aide de boulettes d'ouate passées très serrées dans un des interstices contigus. Grâce à cette mobilité, l'effort à déployer est moins considérable et l'on risque beaucoup moins et de fracturer et d'arracher l'organe saisi.

Il y a cependant des cas où l'extraction est pour ainsi dire inévitable, c'est lorsque les racines ne sont pas cylindriques, ou lorsqu'elles sont déformées. La réduction est souvent alors impossible sans la sortie complète de la dent, à moins que l'on ne produise une fracture de l'alvéole, éventualité plus difficile à réaliser que l'extraction elle-même.

Cette dernière complication, survenue dans le cours de l'opération à Bourdet, à nous-même et probablement à bien d'autres ne doit cependant point nous effrayer outre mesure. L'habitude que nous avons de voir reprendre des dents replantées avec des racines malades, tronquées, ne nous laisse aucun doute sur la reprise des dents à racine saine. L'extraction complète est même quelquefois nécessaire dans le cas de déformation des racines ; il faut alors souvent réséquer celles-ci pour pouvoir donner à la dent une situation normale.

A côté de l'observation si intéressante, de Bourdet, que nous avons reproduite, nous croyons devoir en rapporter sommairement une autre qui nous est personnelle.

OBSERVATION.

Déviation sur l'axe de l'incisive latérale supérieure gauche (au quart de cercle).

Mlle X., 15 ans. Par suite d'un mouvement brusque de l'opérée, *extraction involontaire* alors que nous nous proposions d'effectuer simplement la rotation, le 21 février 1878.

Remise en place immédiate de l'organe dans une situation normale.

Consolidation le 3e jour, avec un excès de longueur de 2 millimètres.

Pour remédier à cet excés de longueur, nons nous proposons de reséquer le sommet de la racine.

20 Avril 1878. *Extraction volontaire* cette fois. de la même dent que nous trouvons absolument saine, quant à son périoste et à sa pulpe qui avaient l'un et l'autre parfaitement repris.

Résection de 3 millimètres de la racine, avec une scie, sans toucher au pédicule pulpaire.

Remise en place après deux minutes. — *Consolidation* le 5e jour, sans allongement.

21 Avril 1880. — Persistance de la guérison... La dent conserve sa couleur sa forme, et sa sensibilité normales.

La rotation brusque ne saurait être appliquée à toute espèce de dents. Les dents à plusieurs racines ne sont pas justiciables de ce procédé. Il en est encore de même de celles dont la racine unique est très aplatie. Telles sont les incisives inférieures ; vouloir les redresser ainsi, ce serait méconnaître les notions les plus élémentaires de la mécanique.

Restent donc les incisives supérieures, les quatre canines et les prémolaires. Parmi ces dernières il faut encore excepter les deuxièmes supérieures, dont la racine est toujours plus ou moins divisée et très aplatie. Les premières pourraient à la rigueur être ainsi redressées ; mais la déviation axile des prémolaires ne constitue jamais une difformité assez grande pour qu'elle nécessite pareille intervention.

Les dents que les praticiens ont presque exclusivement attaquées par la rotation brusque sont les six antéro-supérieures. Toutes cependant n'ont pas toujours les racines bien coniques. Les incisives latérales sont assez souvent aplaties, et c'est sans doute pour cette raison qu'elles sont le plus souvent extraites involontairement.

C'est précisément pour ces cas, où le succès de la rotation brusque paraît devoir être douteux, que nous conseillons *la combinaison des deux méthodes*. Vouloir d'emblée mettre de travers dans une alvéole une racine aplatie, est chose impossible. Par l'emploi d'appareils orthopédiques appropriés, on arrive assez vite à redresser une dent même à racines très aplaties, et partout à modifier au fur et à mesure de sa réduction la forme de l'alvéole. Ce qui est plus difficile, c'est de maintenir le résultat obtenu.

Plusieurs fois, en voyant une dent que nous avions complètement retournée sur son axe au moyen des appareils, reprendre peu à peu sa situation première, nous eûmes l'idée de recourir

à la rotation brusque comme complément du traitement orthopédique. Les bons résultats que nous avons obtenus nous ont conduit à adopter comme pratique courante cette fin de traitement.

Dans le cas où la rotation brusque n'est point possible d'emblée, soit par l'insuffisance de place, soit à cause de la forme aplatie des racines, nous commençons le redressement avec des appareils. Une fois le résultat poursuivi obtenu, c'est-à-dire la dent mise en situation normale dans un espace suffisamment large ou élargi, nous tordons de quelques degrés seulement la dent redressée, de façon à l'amener un peu au-delà du degré de rotation nécessaire, puis qu'il faut tenir compte du léger retour qui lui est forcément imprimé vers son point de départ. Au bout de cinq ou six jours la dent s'est consolidée et reste en place.

Nous assurons ainsi la persistance d'un résultat désiré, tout en supprimant le port des appareils de maintien qui, autrement eût été nécessaire pendant des mois, quelquefois pendant des années.

Ainsi donc, la rotation brusque, immédiate ou secondaire d'une dent déviée sur son axe, effectuée d'après les règles que nous avons indiquées, est une opération simple, facile, suivie d'un succès assuré et définitif. Nous ne saurions trop la recommander à l'attention des praticiens.

Nous croyons inutile de rapporter ici nos propres observations, qui n'ajouteraient rien d'ailleurs à cette étude. Depuis quatre ans nous avons pratiqué 21 fois cette opération, 6 fois d'emblée et 15 fois consécutivement à un traitement orthopédique. Nous n'avons pas eu d'insuccès à enregistrer.

Conclusions.

1° Les anomalies dentaires par déviation sur l'axe frappent particulièrement les dents antérieures.

2° Elles peuvent être traitées avec succès d'après deux méthodes : *le redressement lent et la rotation brusque.*

3° La première, dite de douceur, consiste dans l'application d'appareils orthopédiques. Elle présente tous les inconvénients

du séjour prolongé d'appareils volumineux dans la bouche : altérations dentaires, inflammation de la muqueuse buccale, perturbation des rapports des deux mâchoires, modifications fonctionnelles de la bouche... Ses résultats sont rarement définitifs. Si les appareils de maintien ne sont pas portés pendant des années, il y a retour de la dent à sa situation première.

4° La rotation brusque est pour ainsi dire une extraction incomplète ; la dent est immédiatement ramenée à sa place normale, où elle se consolide par le processus de la réunion immédiate, ou de la greffe lorsqu'elle a été complètement séparée.

5° Cette opération était couramment pratiquée au XVIIIme siècle.

6° Elle est primitive, *immédiate*, lorsqu'elle est pratiquée d'emblée, et constitue seule tout le traitement. Elle est *secondaire*, lorsqu'elle est pratiquée consécutivement à l'application d'appareils orthopédiques, comme fin de traitement, pour assurer le maintien du résultat obtenu.

7° En tous cas, c'est une opération facile, sans danger grave, et qui donne un résultat immédiat et définitif. Elle doit donc prendre la première place parmi les moyens que nous avons de corriger les déviations dentaires sur l'axe.

Société d'Odontologie de Paris

Séance du 19 Mai 1885.

PRÉSIDENCE DE M. POINSOT, VICE-PRÉSIDENT.

—

Rectification au procès-verbal. — Conférence de M. Manoury. — Des applications de l'électricité à l'art Dentaire. — Présentation d'une pile et d'appareils par M. Larochelle. — Quelles sont les piles à utiliser en Art Dentaire par M. Toinon.

La séance est ouverte à 9 heures.

M. MANOURY. — Messieurs, je vous demanderai la permission de faire une petite rectification au procès-verbal de votre

dernière séance, au sujet de ma note sur les piles thermo-électriques.

M. Dubois avait bien voulu me poser TROIS questions. — Or, je vois dans votre journal que l'on ne m'attribue QU'UNE réponse. C'est une omission que je veux réparer, car j'avais fait les trois réponses.

M. Dubois m'avait demandé : 1° Si l'on peut obtenir avec la pile thermo-électrique un courant à peu près constant, partant si l'on peut obtenir un travail continu ; 2° Si on peut l'utiliser comme pile primaire sans subir la nécessité coûteuse de l'accumulateur ; 3° Quelle est la durée approximative de la pile, le capital d'amortissement devant entrer en ligne de compte ?

Vous connaissez ma première réponse, elle a été publiée.

Voici les deux autres réponses omises :

Au point de vue de l'utilisation de la pile thermo-électrique comme pile primaire, je réponds : — Nous pouvons parfaitement nous servir de la pile directement pour certains usages, tels que le fonctionnement du maillet électrique, l'allumage d'une petite lampe et les bains galvanoplastiques.

3° Quelle est la durée de la pile ?

La durée de toutes choses, Messieurs, n'est pas indéfinie. Tout s'use — pour notre pile thermo-électrique, cette loi est applicable comme pour les autres, mais à un degré certainement moindre. — Si vous vous serviez continuellement de l'appareil, je pourrai vous dire que ce ne serait pas avant dix années qu'il ne marcherait plus — mais vous en servant par intermittence, les dilatations et contractions successives des métaux abrègeront certainement sa durée et j'estime qu'au bout de quatre ou cinq années, il vous faudra renvoyer la pile au constructeur pour réparations, — mais ces réparations ne porteront jamais sur la totalité de la pile, les parties en fonte ne pouvant s'user que par leur bris.

Conférence par M. V. Manoury

LES APPLICATIONS DE L'ÉLECTRICITÉ A L'ART DENTAIRE.

Messieurs,

Dans votre dernière séance mensuelle, j'ai eu l'honneur de

vous entretenir de la pile thermo-électrique, construite par M. Chaudron, et des applications dont elle était susceptible, au point de vue spécial de l'art dentaire. Malheureusement, comme je vous le disais à ce moment, je ne connaissais alors qu'une très faible partie de vos besoins et ne me doutais même pas que vous aviez poussé votre art aussi haut.

Je m'accuse bravement de cette ignorance, mes travaux antérieurs ne m'ayant pas permis de jeter mes yeux sur un côté que, je le répète, je ne croyais pas aussi intéressant.

Cependant, Messieurs, grâce à quelques-uns d'entre vous, — je citerai notamment MM. Poinsot, Dubois et Godon, — j'eus occasion d'étudier de plus près les besoins de votre profession, et je viens aujourd'hui vous faire part du résultat de mes recherches et de mes études sur ces questions spéciales, et surtout vous présenter, réunis tous ensemble, les divers appareils que l'électricité peut mettre entre vos mains pour vous faciliter votre tâche.

Je ne doute pas que vous connaissiez déjà tous ou presque tous les appareils que je vais avoir l'honneur de vous présenter. Mais le but de cette conférence est surtout de vous permettre de faire un choix judicieux parmi la multiplicité des appareils que l'on vous préconise. J'ai déjà fait ce choix en partie, c'est à-dire que je n'ai ici que les appareils qui me semblent devoir le mieux vous convenir. Je les classerai en trois groupes, suivant qu'ils seront plus ou moins aptes à vous donner tel ou tel résultat.

Nous aurons donc pour le premier groupe : Les appareils à lumière et à chaleur ;

Pour le deuxième, les appareils à mouvement ;

Pour le troisième, les appareils à électrolyse.

Lumière, mouvement, chaleur, sans compter les réactions électrolytiques, vous savez, Messieurs, que ce sont là les phénomènes les plus beaux de la nature, et que notre existence même est intimement liée à leur manifestation. Mais ces considérations ne pourraient que m'écarter de mon sujet et je n'abuserai pas de vos instants par une digression intempestive ici.

Cependant, avant de passer à l'examen des appareils qui

sont devant vous, je vous demanderai la permission de vous donner un léger aperçu de la science électrique, ou plutôt des notations que nous employons pour en apprécier les manifestations.

Qu'est-ce que l'électricité ? Eh bien, Messieurs, nous avouerons notre ignorance sur ce point spécial. Si nous savons produire le phénomène électrique et mesurer sa force et son intensité ; si nous savons nous en servir et le plier plus ou moins bien à nos exigences, nous ne sommes pas encore capables de le définir exactement, Nous faisons naître et constatons l'*effet* produit nous n'en connaissons pas la *cause.*

La théorie la mieux assise est encore celle-ci :

Un courant électrique n'est par le fait en lui-même qu'un effet dynamique ou de mouvement résultant de la destruction de l'équilibre électrique dans un système conducteur et ayant pour effet de tendre à rétablir par l'intermédiaire d'un conducteur cet équilibre détruit.

Conséquemment, si la cause qui a provoqué cette destruction d'équilibre n'est que momentanée, le courant ne peut être qu'éphémère, mais si elle persiste, le courant devient continu et peut être comparé à un ruisseau alimenté par une source.

Comme un courant a pour effet de rétablir l'équilibre détruit en un certain point d'un système conducteur, il en résulte naturellement que pour se manifester, il devient nécessaire que les deux extrémités libres de ce système conducteur se trouvent réunies ; dès lors, le système constitue un véritable circuit qui se rapproche plus ou moins du cercle, mais qui est toujours constitué de la même manière, c'est-à-dire, que si le courant est dirigé dans un certain sens, au point où s'est développé le dégagement électrique ou la destruction de l'équilibre électrique, il se trouvera dirigé en sens contraire dans la partie opposée du circuit.

Je ne veux pas entrer dans des détails techniques sur les lois qui président à la propagation des courants ; mais il importe de bien s'entendre sur les expressions employées pour la désignation des différentes actions mises en jeu dans les manifestations électriques.

Je ne vous parlerai que des trois expressions primordiales qui peuvent vous servir à reconnaître les qualités des piles dont vous pourrez avoir besoin.

Ces trois expressions sont :

La *force électro-motrice.*

L'*intensité*,

La *résistance.*

Je crois préférable, Messieurs, pour vous expliquer ces trois mots, d'employer une comparaison qui vous en fera mieux saisir le sens et la portée. Je prendrai, si vous le voulez bien, une canalisation d'eau.

La *force électro-motrice* est donc, en terme technique : *la force qui produit le phénomène du mouvement électrique, appelé courant.* Pour notre comparaison, ce sera la pression de l'eau dans le tuyau ou, si vous aimez mieux, la hauteur de chute. *L'intensité, qui représente la grandeur de l'effet produit par la force électro-motrice*, sera alors le débit du tuyau ou pour mieux dire le diamètre plus ou moins grand de ce tuyau.

On appelle donc intensité, *la quantité d'électricité qui passe dans l'unité de temps.*

La *résistance* se comprendra plus facilement si je vous dis que c'est la résistance propre opposée par les parois du tuyau au passage du liquide.

Cette résistance variera donc avec la nature et les dimensions du conducteur, de même que le frottement de l'eau est plus ou moins considérable suivant la matière et la dimension du tuyau.

Mais ces trois éléments : *force électro-motrice, intensité, résistance*, sont liés par une loi fort importante, due à un savant mathématicien allemand, Ohm, qui y est arrivé en comparant le mouvement de l'électricité à la propagation de la chaleur dans un mur.

Voici cette loi :

Dans un circuit fermé, l'intensité d'un courant est proportionnelle à la force électro-motrice et inversement proportionnelle à la résistance du circuit.

Si nous désignons par I l'intensité, par E la force électromotrice, et par R la résistance, la loi de Ohm a pour expression : $I = \frac{E}{R}$, c'est-à-dire que, étant données la *force électro-motrice*

et la *résistance* d'une pile, on en déduira immédiatement *l'intensité*.

On trouverait de même que $E = I \times R$ et $R = \frac{E}{I}$. Donc, connaissant deux des éléments qui servent à mesurer une pile, on trouvera toujours le troisième.

Si, sans changer le volume d'un élément, on en augmente la surface, on offre au courant intérieur par le liquide ambiant, un écoulement plus facile, la résistance se trouve par conséquent diminuée et le débit augmente :

Si nous prenons un élément de pile de même nature et de mêmes dimensions, dont chaque élément soit ainsi défini :

E. *f*, *e*, *m*; *r* résistance intérieure, I intensité, R, résistance extérieure du circuit, la résistance R s'ajoutera à la résistance *r* en modifiant l'intensité, et la formule fondamentale deviendra

$$I = \frac{R}{r + R}$$

Considérons plusieurs éléments de pile reliés en tension, la *f*, *e*, *m* de chaque élément s'ajoutera à l'élément précédent et aura pour expression *n* E. Mais la résistance de chaque élément s'ajoutera ainsi à celle du précédent, de sorte que la résistance intérieure totale sera proportionnellement augmentée et le débit de la pile sera $I = \frac{n\ E}{n.\ r.\ + R}$

Considérons maintenant les mêmes éléments reliés en série ou en quantité De cette façon on augmente les surfaces comme si l'on n'avait qu'un seul élément et la résistance que donnerait cet élément se trouve répartie sur la totalité et diminue proportionnellement, mais la *f*, *e*, *m* ne change pas.

Soit *m* le nombre d'éléments, la résistance intérieure sera $\frac{r}{m}$ et l'intensité de la pile deviendra $I = \frac{E}{\frac{r}{m} + R}$

Si la résistance extérieure R est négligeable, cette formule nous montre que I croit proportionnellement au nombre d'éléments. Si les réservoirs A, B, C, D, ont chacun un même débit sous une même pression, et si le tuyau I a un diamètre assez gros pour ne pas gêner l'écoulement régulier des quatre réservoirs, le débit à l'extrémité sera représenté par A + B

+ C + D ; la pression n'aura pas changé, mais le débit sera proportionnel au nombre de réservoirs.

Nous pouvons faire un troisième groupement des éléments de notre pile; c'est le groupement mixte qui résulte de la combinaison des deux méthodes précédentes; c'est ce que j'ai fait pour la charge de vos accumulateurs par la pile thermo-électrique que possède votre école.

Ce groupement permet d'augmenter et le débit et la *f*, *e*, *m*, de la pile. La valeur de cette pile sera, d'après ce qui précède, donnée par la formule suivante, dans laquelle *r* représente le nombre d'éléments en tension et *m* le nombre d'éléments en quantité.

$$I = \frac{rE}{\frac{nr}{m} + R} \quad \text{ou} \quad I = \frac{E}{\frac{r}{m} + \frac{R}{n}}$$

Pour avoir le maximum de rendement, il est nécessaire que la résistance totale de la pile soit égale à la résistance extérieure, ce qui revient à dire que, connaissant la résistance extérieure d'un circuit, il faudra, pour avoir le maximum d'effet, combiner le groupement des éléments de façon à avoir l'égalité des résistances.

Je n'irai pas plus loin dans le développement de la loi fondamentale de Ohm; ce que je vous en ai donné là, Messieurs, est suffisant dans beaucoup de cas pour déterminer la puissance d'une pile et son application.

Je vais maintenant aborder l'examen de ces appareils qui sont sous vos yeux.

§ I.

Lumière et Chaleur.

Une lumière artificielle est généralement le résultat d'une combustion et nous ne nous figurons guère un effet lumineux sans l'intervention d'un corps combustible.

Pourtant, la lumière électrique n'est pas dans ce cas, car elle peut se manifester dans le vide, dans l'eau et dans les gaz impropres à la combustion.

D'où vient cette différence ?

C'est que dans un cas, la chaleur qui accompagne toujours la production de la lumière, provoque en déterminant la décom-

position des corps combustibles, un dégagement du gaz hydrogène qui entre dans sa composition et l'illumine en l'enflammant, tandis que dans le second cas, l'effet lumineux n'est que le résultat d'une transformation des forces physiques. Cette transformation se manifeste quand les conditions de la propagation électrique sont telles, que l'action électrique, ne pouvant se développer librement, détermine en un point du circuit une élévation brusque de tension, qui se traduit par un effet d'incandescence en ce point, et cet effet se produit sans qu'il y ait besoin pour cela d'aucune combustion.

Ce phénomène est la conséquence de ce qu'il doit passer toujours, dans un même temps, une même quantité d'électricité à travers toutes les parties d'un circuit, quelle qu'en soit d'ailleurs la composition.

Pour obtenir un effet calorifique très accentué, il suffira donc que la décharge électrique passe à travers un milieu d'une insuffisante conductibilité, et ce milieu peut être constitué, soit par un bon conducteur très délié, soit par un conducteur gazeux, mais l'effet lumineux est toujours en rapport avec la facilité que ce conducteur peut avoir de s'illuminer par incandescence.

Vos besoins en lumière électrique étant très restreints, je me contenterai de vous donner un aperçu de la lampe à incandescence, la seule qui soit apte à rendre des services à votre art.

Les lampes à incandescence dans le vide utilisent, comme nous venons de le dire, la haute température produite dans le conducteur électrique par le passage du courant, mais elles évitent sa combustion.

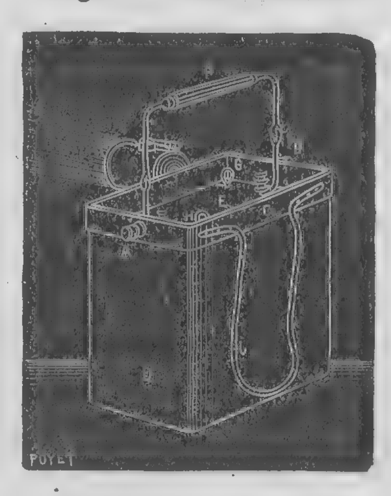
Dans ce but, on l'enferme dans un petit globe en verre où l'on fait le vide le plus parfait possible.

Il existe aujourd'hui uue grande multiplicité de lampes à incandescence. Je vous décrirai sommairement celle d'Edison. Après avoir longtemps essayé le platine, Edison s'arrêta au charbon dans la construction de ses lampes. Les raisons qui le décidèrent sont que ce corps possède à température égale, un pouvoir rayonnant beaucoup plus considérable, qu'il est insfuible aux plus hautes températures, et que sa résistance électrique est d'environ 250 fois celle du platine, ce qui permet de lui donner un diamètre plus fort.

Le charbon d'Edison est un filament très mince de bambou carbonisé ayant la forme d'un U; dont la fabrication est excessivement délicate, mais que je n'ai pas à examiner ici. Il vous suffira de savoir que la durée moyenne de ces lampes est d'environ 800 heures d'éclairage, quelques-unes même vont jusqu'à 1.200 heures. Mais pour allumer ces lampes il nous faut une pile relativement forte. De plus, il faut autant que possible que le courant de cette pile soit constant. Deux moyens sont ici à ma disposition. Les piles primaires, les piles secondaires.

Voici la pile de M. Trouvé, pile secondaire, c'est-à-dire fonctionnant avec un accumulateur, c'est la première idée de l'application à la chirurgie; cette pile, construite par M. Trouvé en 1870, a depuis été sensiblement modifiée par lui et en passant par sa grande pile à Treuil, voici sa dernière création : c'est une pile au bichromate de potasse qui permet de rougir le fil de platine et d'allumer les lampes à incandescence.

Fig. 1. — Pile Trouvé.



Voici maintenant les accumulateurs.

Les accumulateurs sont d'une praticabilité exceptionnelle, en ce sens qu'avec eux vous pouvez avoir, non seulement l'intensité nécessaire pour porter à l'incandescence lumineuse vos fils de platine, mais encore, en en réunissant plusieurs, la force exigée par les lampes.

La découverte de ces merveilleux appareils est due à un savant français, M. Planté (Gaston). Ils se composaient à l'origine de deux lames de plomb roulées en spirales, séparées électriquement et plongeant dans l'eau acidulée à 1/10 en volume par de l'acide sulfurique. Une des lames de plomb, la positive, est péroxydée le plus profondément possible et

l'autre lame, la négative, est transformée aussi sur la plus grande épaisseur possible en plomb réduit, spongieux ou cristallin. Aujourd'hui on se sert plus communément des accumulateurs à lames de plomb droites comme ceux-ci, mais le principe est toujours le même.

Pour se servir de ces appareils sur les cautères, il faut connaître d'avance la résistance du fil de platine qui le compose car sans cela, on risquerait fort de les brûler. Comme l'on ne connaît pas toujours cette résistance, j'ai apporté un petit appareil qui remédie à cet inconvénient. C'est un Rhéostat ; cet appareil est composé d'un certain nombre de spires de fil de Maillechort, fil très résistant au passage du courant électrique.

Il permet, par conséquent, d'intercaler une certaine somme de résistance dans le circuit et de graduer à volonté l'intensité du courant ; c'est du reste ce qu'ont admirablement compris MM. Trouvé et Chardin, qui en ont intercalé un dans leurs piles.

Je vais vous faire fonctionner le Polyscope à fil de platine de M. Trouvé à l'aide de sa pile secondaire, ainsi que son Polyscope à lampe à l'aide de sa pile primaire.

Fig. 2. — Photophore du Dr HÉLOT.

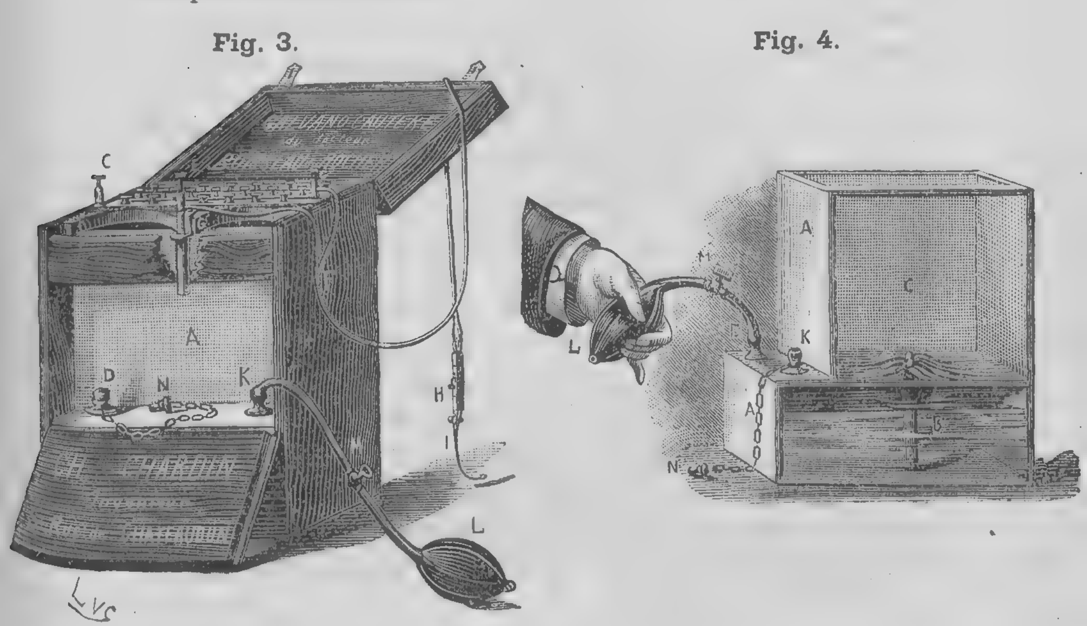


Voici le Photophore de MM. Hélot et Trouvé. Vous connaissez tous cet appareil que nous pouvons actionner avec la pile de M. Trouvé ou avec les accumulateurs.

Tous ces appareils fonctionnent fort bien comme vous pouvez en juger et peuvent vous rendre des services éminents.

Voici maintenant la pile de M. Chardin qui ne peut faire fonctionner que les cautères. C'est une pile comme toutes les autres, au bichromate de soude ou de potasse, mais qui diffère un peu dans sa construction. Le liquide est enfermé dans un double vase et quand on veut se servir de la pile on insuffle de l'air dans le vase inférieur, ce qui fait monter le liquide dans le vase supérieur, dans lequel sont immergés les zincs, et la pile est prête à fonctionner.

Fig. 3. Fig. 4.



§ II.

Mouvement.

Cette question n'est plus du tout la même que celle de la lumière, car ici il nous faut force et intensité pour mettre un moteur en marche. Vous ne vous servez que de deux moteurs, et même que d'un seul, celui qui fait marcher votre tour à fraiser. Quant à l'autre, c'est plutôt un trembleur, c'est celui qui actionne votre maillet électrique. Je n'entrerai pas dans des détails techniques sur les moteurs électriques, je vous dirai seulement que c'est une bobine tournant dans un champ magnétique constitué par un aimant ou un électro-aimant. L'inversion de polarité dans la bobine doit s'effectuer deux fois par

tour ; on a intérêt à diminuer l'inertie magnétique en réduisant le plus possible les dimensions de la bobine, car le rendement des moteurs à petite bobine est supérieur à tous les autres.

On se sert en Amérique du moteur Griscom ; mais outre que ce moteur exige une puissance électrique relativement considérable, il est d'un prix assez élevé. J'avais prié un constructeur de m'en faire un spécial pour vous et je lui avais donné les éléments nécessaires pour qu'il le combine de façon à ce qu'il puisse être actionné directement par la pile thermo-électrique.

Malheureusement ce constructeur m'a manqué de parole et je ne puis vous présenter aujourd'hui ce moteur. — Cependant je puis vous dire que je compte bien arriver à en avoir un qui fonctionne sur la pile thermo directement ; car j'estime que votre tour à fraiser n'exige guère une force supérieure à 2 kilogrammètres. La pile que vous possédez en donnant 3 1/2, vous voyez qu'il me reste encore une grande marge pour l'aléa.

Le maillet électrique nous vient aussi, je crois, d'Amérique. Cependant, il me semble en avoir vu un nouveau modèle dû à un de nos compatriotes ; je ne l'ai pas ici. Il m'avait paru plus simple et ne devoir pas exiger autant de force, ce qui serait une source d'économie pour vous.

Le maillet électrique n'est pas encore bien employé par vous, mais quel que soit le modèle, il me semble apte à vous rendre des services signalés en vous permettant d'aller beaucoup plus vite dans l'aurification.

La pile thermo-électrique l'actionne directement.

§ III.

Electrolyse.

M. Poinsot m'a demandé d'étudier s'il ne serait pas possible et pratique d'obtenir galvaniquement des moules d'une grande dureté sur lesquels vous pourrez mieux faire vos pièces dentaires en or. L'obtention du résultat désiré ne fait aucun doute pour moi et j'espère, qu'avant peu, cette étude sera menée à bonne fin. Nous avons la source électrique constante avec la pile de M. Chaudron, c'est là le point principal, car on ne peut faire de bons dépôts ni de bons moulages si le courant n'est pas constant.

Je regrette beaucoup de ne pas avoir apporté ici quelques échantillons des cuivres obtenus à l'aide de cette pile. La finesse du grain est telle que le dépôt de l'État-Major n'a pas craint de tirer par ce système des épreuves de sa carte sur la planche-mère du graveur et ce n'est que sur cette épreuve que l'on imprime.

§ IV.

Résumé.

Je ne veux pas terminer, Messieurs, sans vous donner quelques chiffres vous permettant de juger par vous-mêmes des qualités des piles que l'on vous présente.

Dans ces chiffres ne sont pas compris les manipulations et la perte de temps qu'elle entraîne. Ils sont absolument théoriques et la comparaison de chacune des piles est faite en *cheval-heure* ; c'est l'unité que nous employons pour exprimer l'énergie fournie par les accumulateurs pendant leur décharge ; sa valeur est 75 $\times$ 3,600 = 270,000 kilogrammètres.

Je n'entrerai pas dans le détail des formules qui ont conduit à la détermination du prix de revient du travail fourni par chacune des piles ci-dessous, cela m'entraînerait beaucoup trop loin. Mais ces chiffres sont exacts. Ils résultent d'un travail de M. Reynier sur les piles électriques et les accumulateurs. Je ferai exception, pour la pile thermo-électrique, parce que ce travail n'a été donné nulle part, et pour la pile au bichromate parce que ce seraitcelle que vous pourriez mettre en parallèle avec elle et la seule qui puisse aussi vous rendre des services.

Le prix de revient du cheval-heure est :

Pour le couple de Volta,	6 fr.	75.
Pour la pile Daniell,	3	97.
» » au vert de gris,	2	23.
» » au bichromate de potasse,	5	70.
» » à oxyde de cuivre,	6	37.
» » thermo-électrique,	5	86.

I. — *Pile thermo-électrique.*

Voici comment je détermine le prix de revient du travai fourni par la pile thermo-électrique.

L'équation de la puissance maxima disponible est : $Wu = \frac{E\,I}{4\,g}$

Si donc nous voulons avoir le travail disponible pendant une heure nous ferons $Wu = \frac{E\,I}{4\,g\,(1)} \times 3{,}600.$

En effectuant la division, nous aurons le temps t qu'il nous faudra pour produire un cheval-heure, et, si nous multiplions le chiffre obtenu par la dépense de la pile en gaz, nous en déduirons le nombre de mètres cubes nécessaires à la production du cheval-heure, et par conséquent son prix de revient.

Nous aurons donc pour x en appelant,

C, le cheval-heure,
Wu, l'énergie maxima,
t, le nombre d'heures,
r, le nombre de litres de gaz brûlé à l'heure par la pile,
P, le prix du gaz,

$$x = \frac{C}{Wu} \times n \times p$$

$$\text{ou } x = t \times n \times p$$

Nous prendrons pour type la pile de 100 éléments gros modèle, qui a comme constantes 6 volts et 7 A, 5 et qui dépense 300 litres de gaz à l'heure.

Si nous appliquons ces formules, nous aurons le calcul suivant :

$$6^{v} \times 7^{A}5 = \frac{45}{4} = \frac{11{,}85 \times 3{,}600}{9{,}81} = 4.128 \text{ V. C.}$$

$$\frac{270{,}000}{4,\ 128} = 65^{h}\,18$$

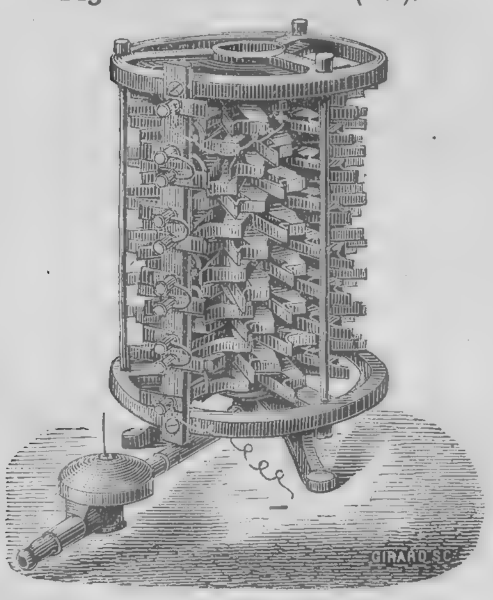
$$65^{h}18 \times 0^{m},{}^{3}\ 300^{l} = 19^{m}554 \times 0^{f},30 = 5\,86.$$

Je vous ferai remarquer que nous n'avons là aucune manipulation, ni main-d'œuvre, ce qui, logiquement, devrait venir en diminution de ce prix de revient. Nous pouvons même ajouter qu'une partie du gaz dépensé par cette pile peut être récupérée par la chaleur qu'elle répand autour d'elle.

---

(1) g représente ici l'accélération de la pesanteur qui, à Paris, a pour valeur 9,81.

Fig. 5. — Pile Thermo (face).



II.

Pile au bichromate de potasse.

La force électro-motrice moyenne des piles au bichromate de potasse sans vases poreux est 1 volt 9.

On admet que l'ensemble des réactions chimiques effectuées dans ces piles est donné par la formule :

$$3\,Zn + KO,\,2\,CrO^3 + 7\,SO^4 = 3\,SO^4\,Zn + Cr^2\,O^3,$$
$$3\,SO^3 + SO^4\,K + 7\,HO.$$

Par conséquent les valeurs de n seraient : 1 pour le zinc, $\frac{1}{3}$ pour le bichromate et $\frac{7}{3}$ pour l'acide sulfurique. On trouve :

$$P, \text{ poids du zinc} = \frac{9{,}81}{1{,}9} \times 1 \times 1{,}23 = 6{,}35.$$

$$P,' \text{ poids de l'acide sulfurique} = \frac{9{,}81}{1{,}9} \times \frac{7}{3} \times 1{,}84 = 22{,}15.$$

$$P,'' \text{ poids du bichromate } \frac{9{,}81}{1{,}9} \times \frac{1}{3} \times 5{,}52 = 9{,}49$$

En cotant le zinc à 0 fr. 60, l'acide sulfuriqne 0 fr. 15 et le bichromate de potasse 1 fr. 30 le kilogramme, prix très restreint.

Ce prix de 1 fr. 30 pour le bichromate de potasse est celui accepté par M. Regnier. Il m'a été contesté comme trop élevé. J'ai donc dû me renseigner à nouveau et voici les prix aujourd'hui. En gros pour la fourniture des maisons d'électricité, 1 fr. 60, au détail, 2 francs.

Si nous prenions seulement le chiffre de 1 fr. 60, le prix de revient du cheval-heure de la pile au bichromate serait de 6 fr. 52.

Le prix de revient de 3.600 kilogramètres est théoriquement :

Zinc,	0 k. 0063 × 0 fr. 6	=	0,00378
Acide sulfurique,	0 k. 0221 × 0 15	=	0,00331
Bichromate,	0 k. 0095 × 1 30	=	0,01235
	Total.		0,01944

En fait, l'usure du zinc est au moins deux fois plus grande que la consommation théorique (1) avec usure de liquide correspondante. Et comme on ne peut pas épuiser complètement le liquide ni user tout le zinc, qui doit d'ailleurs être réamalgamé fréquemment, il convient de porter à 3 la valeur de U *c* (2). Le prix de revient pratique, pour 3,600 kilogrammètres, serait donc environ : 0,0194 × 1, 3 (3) × 3 = 0 fr. 076 ;

Soit pour un cheval-heure,

0,076 × 75 = 5 fr. 70.

Prix très élevé ; encore faudrait-il, en bonne comptabilité, tenir compte, ici et ailleurs, de la main-d'œuvre, de l'entretien et de l'amortissement, dépenses accessoires qui sont plus importantes pour les couples au bichromate que pour les autres.

Je m'arrête, Messieurs, et me résume. Les piles qui sont là devant vous sont toutes intelligemment construites ; chacune peut vous rendre des services particuliers. Une seule, la pile thermo-électrique de M. Chaudron, peut suffire à tous vos besoins. C'est à vous, Messieurs, qu'il appartient de juger.

Permettez-moi en terminant de constater que votre science, car c'en est une aujourd'hui, a fait et fait encore tous les jours des progrès considérables. J'exprimerai en même temps le

(1) Voir les expériences de M. E. Hospitalier sur les piles au bichromate de M. Trouvé, dans l'électricien du 1er Mai 1883.

(2) Coefficient d'utilisation chimique.

(3) » » physique.

vœu que notre science à nous, qui vous permet de réaliser pratiquement les innovations que vous introduisez dans votre art soit bien accueillie par vous.

La science électrique, Messieurs, est encore bien jeune, mais elle fait aussi tous les jours de grands pas. C'est la science de l'avenir et il est bon que chacun en sache un peu les éléments.

V. MANOURY.

M. le Président. — Nous remercions M. Manoury de son intéressante conférence.

M. Larochelle. — Mesdames, Messieurs, je vais avoir l'honneur de vous présenter les nouveaux appareils galvanocaustiques du Docteur Wiet et de Georges Velloni Larochelle.

Ces appareils ont été combinés en vue d'utiliser l'énergie électrique appliquable aux besoins de la chirurgie en général.

Ce sont des piles zincs et charbons alternés, composées d'un ou de plusieurs éléments, suivant les effets que l'on désire en obtenir. Pour faire fonctionner ces piles, il suffit d'immerger les couples dans un liquide électro-moteur spécial par le moyen d'un système élévatoire qui permet de régler le débit ou d'arrêter complètement l'action chimique du générateur.

Le liquide électro-moteur que j'ai fait breveter, est un composé de chloro-chromate de potasse (bichromate de chlorure de potassium (K CE, 2 Cr O^3, H O) dissout dans l'eau avec de l'acide sulfurique et mélangé à de l'acide chromique. Cette solution ne dégage aucune vapeur acide, ne dépose aucun cristaux d'alun de chrome et amalgame les zincs pendant le fonctionnement de la pile. L'amalgamation est obtenue par une petite quantité de chlorure de mercure que l'on ajoute à la solution.

Tous les appareils que j'ai l'honneur de vous présenter sont chargés avec le même liquide électromoteur, lequel donne à ces piles une constance remarquable ainsi que vous allez pouvoir en juger.

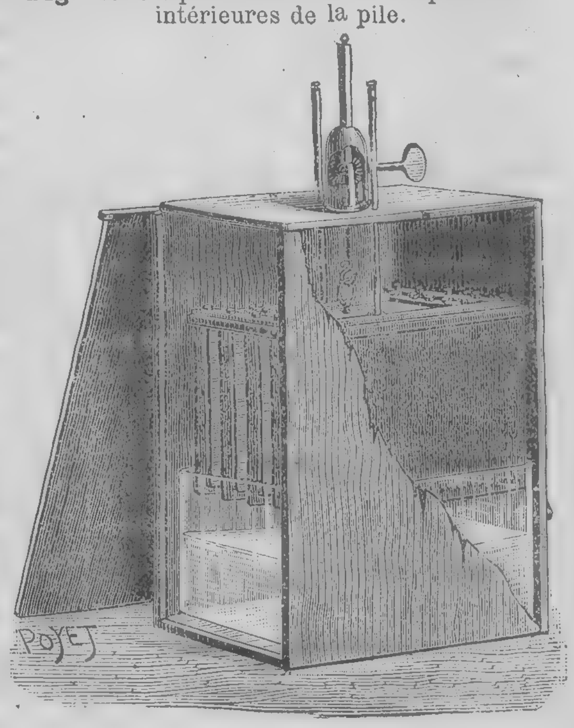
Voyez : Tous les cautères que j'actionne sont portés à différents degrés de température, en immergeant plus ou moins les couples dans la solution. Je vous prie de remarquer qu'à

ces divers débits qui varient de 10 à 50 ampères, les piles n'accusent aucune polarisation.

Le manque de constance des piles primaires employées jusqu'à ce jour avait fait rejeter ces appareils de la pratique. On eut alors l'idée de les remplacer par des accumulateurs ; mais l'usage des accumulateurs nécessite des manipulations très compliquées. Pour faire la charge de ces derniers, il faut être déjà quelque peu électricien, de plus, ces appareils demandent une continuelle surveillance. Si le courant de charge est trop fort pour le régime des piles secondaires, on réduit les plaques positives et l'on endommage les appareils ; si l'on a plusieurs opérations un peu longues à faire successivement le même jour, on épuise l'énergie disponible et l'on se trouve exposé à manquer de courant, car il faut plusieurs heures pour recharger les accumulateurs.

Il fallait donc s'appliquer à une chose, rendre les piles primaires constantes. Celles que je vous présente sont constantes et, par conséquent, absolument pratiques. Les manipulations qu'elles nécessitent sont les plus simples qui se puissent faire, elles se bornent à remplacer le liquide électro-moteur lorsqu'il est épuisé. Changement qui peut s'effectuer, en un instant, au moment même d'une opération.

Fig. 6. Coupe montrant les dispositions intérieures de la pile.



En outre, sous le même poids, ces piles qui ne contiennent que 600 centimètres cubes de liquide par élément, sont beaucoup plus puis-

santes que les accumulateurs, l'énergie qu'elles fournissent est obtenue plus économiquement qu'avec ces derniers, qui ne restituent qu'une partie du travail qu'ils ont absorbé et qui ne peuvent être chargés, pour votre usage que par des piles hydro ou thermo-électriques, ce qui, vous le comprenez aisément, constitue un double emploi à vos dépens.

En somme, Messieurs, ainsi que vous avez pu vous en convaincre, je viens de vous présenter des appareils galvanocaustiques permettant d'utiliser pratiquement l'énergie électrique dans ses applications à l'art dentaire.


Fig. 7. Coupe de la lampe montrant les dispositions intérieures de la pile.

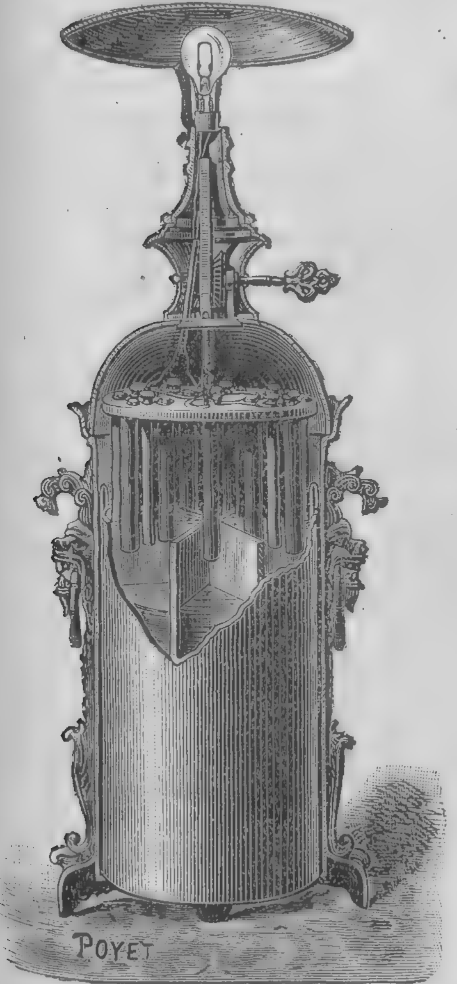


Fig. 8. Aspect extérieur de la lampe.



M. Dubois apprécie toute la valeur des appareils de M. Larochelle, mais il croit utile de lui poser quelques questions.

M. Dubois demande à M. Larochelle quel est le prix du liquide qu'il emploie, celui des plaques de zinc, leur durée et si le changement en est facile; enfin, si, avec sa pile, on peut obtenir de la lumière et activer un moteur ?

M. Larochelle répond qu'il a du liquide dont le prix de revient varie de 0 fr. 28 cent. à 2 francs, le litre et que sa durée est d'une heure. Le prix de revient du zinc tout façonné est de 0 fr. 85 le kilog., le changement en est très facile, il n'y a qu'une seule vis à retirer ; quant à leur durée elle est d'environ vingt heures, c'est-à-dire vingt fois celle du liquide.

Avec son appareil, M. Larochelle produit de la lumière e donne le mouvement.

Quelles sont les piles à utiliser en art dentaire.

M. Toinon. — Messieurs, depuis quelque temps vous êtes tenus au courant des découvertes électriques par nombre d'inventeurs qui viennent vous exposer leur système, le seul bon, le seul digne de remarque, le seul véritablement pratique.

En raison de la longueur de cette séance, je serai aussi bref que possible, heureux si la concision de mes explications peut vous amener au but vers lequel je tends, l'emploi exclusif des piles hydro-électriques dans vos cabinets d'opérations.

Je vais, en effet, à l'aide de chiffres émanants de rapports officiels, vous prouver, ce qui ne sera qu'une sanction de plus aux expériences de M. G. V. Larochelle, que les piles hydro-électriques constantes ont, sur les piles thermo-électriques et les piles secondaires, l'avantage incontestable d'être plus faciles à manier, plus puissantes et plus économiques.

Elles ont, en outre, l'avantage, et celui-ci n'est pas le moindre, de vous préserver de déboires fort désagréables dans la pratique si délicate des opérations de la bouche.

Je commencerai par la pile secondaire dite accumulateur.

Cette pile autour de laquelle l'on fait tant de bruit, autour de laquelle se sont groupés tant de capitaux, est revenue

prendre la place qu'elle n'aurait jamais dû quitter. Je lui reproche d'être coûteuse d'entretien, d'un prix élevé, d'une manipulation fort délicate et d'une pratique fort compliquée.

Elle est coûteuse d'entretien, car d'après les expériences faites en janvier 1882, par MM. Allard, Leblanc, Joubert, Potier et Tresca, au Conservatoire des Arts et Métiers sur des *accumulateurs neufs*, l'énergie électrique restituée par la décharge n'équivaut qu'à 60 °/₀ de celle absorbée par la charge. L'expérience faite en octobre 1883, par MM. Mounier et Guitton, conclut dans le même sens. Or, si une partie de la charge n'est pas restituée, il y a perte, par conséquent dépense.

En plus de la dépense reconnue de 250 grammes de plomb par cheval-heure, dépense à prendre en considération dans un accumulateur de petite dimension, il y a également à faire entrer en ligne de compte le renvoi de l'appareil au constructeur, dépense non prévue et toujours onéreuse, car l'accumulateur devient rapidement inerte si la charge se fait à refus ou si un débit trop considérable lui est demandé.

En plus de ces frais d'acquisition et d'entretien de vos accumulateurs, il convient d'ajouter ceux occasionnés par la mise hors de service des figures de platine dont vous vous servez ou par l'achat de résistances ou de rhéostats. Egalement à ajouter le prix de la pile destinée à la charge de vos accumulateurs. Je vous ai entretenus le mois précédent de la difficulté de cette opération. Je n'y reviendrai donc point. Mais je doute que vous puissiez croire que l'emploi de trois appareils pile-primaire ou générateur indispensable, accumulateurs et rhéostats soit plus simple, plus rapide que l'emploi d'une pile hydro-électrique.

M. Manoury vient de vous présenter le générateur destiné à la charge de vos accumulateurs, la pile thermo-électrique de M. Chaudron.

Par le fait même que les accumulateurs ne peuvent entrer dans la pratique chez nous, à quoi pourrait servir dans vos cabinets, la pile thermo-électrique, foyer incandescent curieux, générateur fort bien compris, et dont M. Becquerel a entretenu récemment encore l'Académie des Sciences.

Malheureusement cette pile seule ne peut satisfaire aux exigences de votre art.

Que vous faut-il ? Une pile simple, pratique, peu coûteuse d'achat et surtout d'entretien, d'un fonctionnement parfait, d'un débit constant et puissant que vous pouvez régler à volonté.

Or, Messieurs, la pile thermo-électrique est du prix de 100 fr. au minimum. Quant à son entretien, dans un article publié par le journal l'*Électricien*, article dû à la plume du savant professeur de l'École de physique et de chimie de la ville de Paris, nous trouvons des renseignements de nature à nous éclairer. Il a été constaté au laboratoire de l'École que dirige M. Hospitalier, que pour produire un cheval-heure la pile thermo-électrique dépensait 30 mètres cubes de gaz, à 0 fr. 30 centimes. Total 9 francs.

Malgré l'élasticité du prix de 2 à 8 francs que sigale M. Hospitalier d'après Fontaine et Régnier, la pile au bichromate de potasse est moins coûteuse, puisque M. Niaudet donne, dans son traité des piles, revu par H. Fontaine dont le témoignage est invoqué par M. Hospitalier, le prix du cheval-heure dans la pile Bunsen au bichromate de potasse au taux de 1 fr. 63. Ce prix de 1 fr. 63 est-il vrai théorique ? Dans la pratique M. Niaudet l'estime à 4 fr. 10, c'est-à-dire deux fois moins élevé que dans la pile thermo. M. Regnier l'estime à 5 fr. 70. La différence est, ce me semble, suffisamment sensible pour en prendre bonne note. La pile thermo est-elle d'un fonctionnement parfait ? oui, je crois à son parfait fonctionnement si le gaz maintenu à la même pression du jour et de la nuit brûle uniformément, c'est-à-dire, toujours en égale quantité, car les alternatives de chaleur et de refroidissement ne peuvent que nuire aux soudures. Comme vous ne laisserez pas brûler le gaz dans cet appareil, jour et nuit, forcément vous finirez par le détériorer.

De plus, vous ne pouvez pas à votre gré en graduer le débit.

Si donc, Messieurs, le temps est pour vous une question primordiale, si vous cherchez à l'économiser, croyez-vous que la pile-thermo et les accumulateurs puissent vous rendre de grands services ;

Si vous êtes tenus de surveiller le débit de votre pile secondaire, soins que vous ne confierez ni à votre apprenti, ni à votre domestique et encore moins à votre collaborateur dont la pratique incessante vous est nécessaire, soins indispensables au bon fonctionnement de ces appareils, dont la mise hors de service se fait aussi facilement que d'une façon imprévue ; si vous êtes tenus d'installer la pile thermo en admettant que vous ayez le gaz, faute de quoi, vous serez obligés de le faire canaliser dans vos appartements, frais coûteux vous le savez et si vous êtes tenus d'en surveiller le fonctionnement ; si, pour vous servir d'un cautère qui demande une énergie de 2 ou 4 volts et 3, 10 ou 40 ampères, il vous faut glisser des clefs dans un tableau de résistances ou faire usage de rhéostats, vous livrant en présence de votre malade impatient à une pantomime incompréhensible pour lui, je vous le demande, ne perdrez-vous pas plus de temps qu'à faire descendre des éléments à l'aide d'une vis dans un liquide constant et puissant et qui, du moins, aura l'avantage de ne vous exposer à aucun déboire, car s'il est épuisé, ce dont vous vous rendez fort bien compte et cela facilement, il vous est plus que commode de le remplacer sur le champ.

La pile hydro-électrique est donc pour vous la seule pratique. Son fonctionnement si simple, sa charge exempte d'ennuis et d'une exécution prompte sont autant de titres à son adoption. Elle réalisera, j'en suis sûr, tous vos *desiderata*, vous aidera dans la guérison que vous entreprendrez, grâce à elle, et servira *ipso facto* à démontrer l'importance et l'utilité indéniables de notre belle science.

Il me reste, Messieurs, à vous entretenir de la lampe de M. G. V. Larochelle.

Vous avez pu constater combien son fonctionnement est simple, combien sa fixité est absolue. Permettez-moi de vous en lire la description détaillée que j'en ai trouvée dans le journal *la Nature*, du 18 avril dernier, article dû à la plume de M. Hospitalier.

« C'est aussi dans les appareils transportables qu'il convient « de ranger les lampes de M. Larochelle, dont la figure ci- « dessous montre les principales dispositions. La pile est

« dissimulée dans le socle de l'appareil. Le vase en ébouite est « divisé en 8 compartiments par des cloisons rayonnantes et « forme 8 couples n'occupant qu'un espace très restreint. Ces « 8 auges renferment ensemble environ 3 litres de liquide capa- « ble de fournir environ huit heures de lumière avant épuise- « ment de la solution. Chaque élément renferme un crayon de « zinc et deux crayons de charbon. Ces zincs et ces charbons « sont fixés sur un disque formant couvercle et peuvent être « plongés dans le liquide ou retirés à volonté par la manœuvre « d'une clef tout à fait analogue à la clef qui sert à remonter « l'huile dans les lampes Carcel. On règle la puissance lumi- « neuse en plongeant plus ou moins les éléments dans le « liquide. Au repos, les zincs sont complètement hors de la « solution. »

« *La constance remarquable de l'éclairage est due à la solution « dont M. G. V. Larochelle fait usage et à laquelle il s'est arrêté « après un grand nombre d'expériences comparatives.* »

« Les zincs sont vissés dans le couvercle de la lampe et « le renouvellement en est des plus simples; le remplacement « de la solution épuisée est lui-même très facile et très rapide, « car la pile forme un tout qui se retire très commodément « de la monture de la lampe. »

Je vous remercie, Messieurs, de l'attention soutenue que vous avez bien voulu prêter à mes explications. Je ne puis que vous en exprimer toute ma gratitude. H. TOINON.

La séance est levée à 11 heures.

Le Secrétaire des Séances.
L. BIOUX.

BANQUET
DE
L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE

Il y a 5 ans, le premier anniversaire de la fondation du Cercle des dentistes se fêtait chez Brébant, et c'est dans le même salon qu'on s'est réuni, le samedi 2 mai, pour consacrer dignement la 6eme année d'existence de notre Société.

L'affluence était telle qu'il a fallu ajouter un supplément de tables dans le salon voisin.

Il y faisait chaud, c'est vrai, mais il y faisait gai aussi. Quelle cordialité ! et quelles fourchettes !

A la fin du repas, M. le Professeur-Président Poinsot lit, suivant l'usage, les lettres et les télégrammes émanant des confrères de Paris et de la province qui s'excusent de ne pouvoir assister au banquet.

M. Paul Dubois prononce ensuite un éloquent discours fréquemment interrompu par les applaudissements dont on comprendra la justesse, en le lisant textuellement tel qu'il est reproduit dans notre journal.

Il adresse ensuite à M. Poinsot des éloges mérités pour son dévouement à l'Ecole Dentaire et à notre cause, éloges auxquels l'éminent professeur répond avec la modestie qu'on lui connaît.

Une splendide statue en bronze soulevée avec peine par quatre bras vigoureux est présentée à M. Poinsot. C'est l'hommage de ses élèves reconnaissants, non seulement des élèves de cette année, mais aussi de ceux des années précédentes depuis la fondation de l'Ecole. Des élèves habitant la province et l'étranger ont pris part à cette souscription.

Tout le monde applaudit et acclame M. Poinsot, l'émotion est générale.

M. Godon, un des plus fermes soutiens de notre groupe, lutteur acharné et consciencieux, prononce aussi un fin discours, rempli de vérités et de réflexions judicieuses, qu'il termine en buvant à l'*Association génerale des Dentistes de France.*

Ensuite, moi qui vous parle, je me crois obligé de porter un toast au *Progrès dentaire*, l'excellent journal professionnel qui nous a toujours prêté si obligeamment son concours et à son digne représentant M. Colin-Logan !

M. Logan répond en d'excellents termes et dit que c'est l'*union* qui fait la grandeur de notre beau pays de France et que nous devons être unis, car les professions comme les nations s'amoindrissent par la division.

Un élève étranger, M. Dulier, porte un toast au corps enseignant et le remercie de lui avoir inculqué les notions qu'il est venu chercher à Paris.

M. le Dr Sicart boit aux professeurs et les remercie comme élève et comme français des services qu'ils rendent à la profession.

M. De Lemos propose de faire une quête en faveur des blessés du Tonkin. Cette pensée patriotique et humanitaire est acclamée.

« Ah ! qu'on a donc le cœur à l'aise
« Quand on peut faire un peu de bien ! »

Comme dit la chanson.

Parlerai-je de l'élucubration fantaisiste, débitée sur un air populaire, par un des banqueteurs et qui n'avait d'autre mérite que la circonstance et l'actualité ? Non, je n'en parlerai pas, car c'est rendre service à l'auteur, que de la passer sous silence, d'autant plus que cette étrange facétie est de votre serviteur.

Ed. LOWENTHAL D. E. D. P.

DISCOURS DE M. DUBOIS.

Messieurs, mes chers Confrères,

Les années passent, les traditions s'établissent et, sans ce banquet, il nous manquerait quelque chose : le plaisir de nous trouver ensemble, l'occasion d'examiner d'un peu loin, d'un peu haut, l'état de l'œuvre que nous poursuivons, la régénération de l'Art Dentaire en France.

Le travail des collectivités est une trame sans fin comme elles-mêmes. A peine, a-t-on le temps de se féliciter des efforts heureux, des résultats accomplis, qu'on s'aperçoit aussitôt que l'avenir en réclame de plus grands.

Regardons en arrière, ceux qui s'asseyaient à cette table il y a cinq ans, ne pouvaient prévoir un succès aussi décisif pour leur création. Ils ne pouvaient espérer que l'École qu'ils allaient fonder, aurait peu d'années après cent élèves, ils ne pouvaient espérer qu'en si peu de temps, le nombre de ceux qui ont obtenu son diplôme serait aussi grand, et qu'à Paris, que dans toute la France, qu'à l'Etranger on rechercherait l'honneur et le profit de se dire D. E. D. P., que nous aurions un représentant jusque dans l'autre hémisphère. Ils ne pouvaient prévoir que des membres de l'Académie de Médecine,

de l'Institut, un ancien Ministre de l'Instruction publique d'hier et, espérons-le de demain, viendrait nous apporter l'appui de leur renom, l'éclat de leur parole, et nous féliciter du bienfait scientifique, humanitaire et patriotique de notre institution. Que les gérants des intérêts de notre grand Paris rendraient justice à nos efforts, à notre but élevé et désintéressé, en nous subventionnant. Ce qui a été refusé à nos adversaires. Qui d'eux aurait pu prévoir que nous réunirions cinquante mille francs de souscription? et que cinq ans après, notre excellent trésorier nous présenterait un budget annuel de trente-cinq mille francs dépensés pour le corps enseignant et les dépenses matérielles de l'Ecole? et que ce budget élevé aurait non seulement des recettes correspondantes, mais un large excédent en réserve.

Qui aurait dit que la concurrence même devait grandir notre succès, en doublant le chiffre de nos élèves, et nous assurer une scolarité que nous n'avions jamais atteinte?

Ah ! Messieurs, sur le chemin du progrès.

On avance toujours, on n'arrive jamais, a dit notre grand poète. La lutte pour l'existence ne permet guère les longues haltes, et pour les individus, pour les sociétés, pour les nations, la salutaire nécessité du travail et du progrès s'impose sous peine de disparition.

Notre Ecole, notre groupe, sont nés de ce besoin, ils ne dureront qu'à condition d'y donner satisfaction, non seulement comme par le passé, mais avec une puissance croissante ; l'état de choses que nous avons créé le rend nécessaire. La civilisation donne à l'homme des outils perfectionnés non pour servir sa tendance à l'inertie, à la routine, mais pour l'obliger à un plus grand labeur, à de nouveaux efforts intellectuels, à de plus grands sacrifices.

Quel est celui de nous qui, malgré la perfection de son outillage, se sent moins las à la fin de la journée que ne l'était son prédécesseur d'il y a trente ans, il fait plus et mieux, mais il se donne au moins autant de fatigue intellectuelle et physique.

Et puis le succès crée des imitateurs, cela nous empêche encore de rester stationnaire, car bien des fois dans l'opinion

du monde, les Americ Vespuce l'ont emporté sur les Christophe Colomb.

Vous sentez comme nous, qu'après cinq ans de succès; que le travail, que le sentiment de la solidarité, que la tolérance réciproque, que le dévouement nous sont plus nécessaires que jamais. Il s'agit de savoir, si les dentistes français sauront prouver leur puissance d'organisation, s'ils veulent garder la direction du mouvement dont ils se sont brillamment emparés il y a quelques années, ou bien si, manquant d'esprit d'union, de l'intelligence de leurs intérêts supérieurs, ils préfèrent se faire remorquer et servir de satellites à quelques personnalités qu'enfle la suffisance et qui, à défaut de la confiance de leurs confrères, suppléent par la bonne opinion qu'ils ont d'eux-mêmes.

Nous sommes 250 et je me demande parfois, pourquoi pas 1500? pourquoi pas tous les dentistes français? Je comprends l'hostilité de quelques militants que des rancunes inavouées empêchent de venir à nous, je comprends même que quelques-uns des nôtres se soient fourvoyés à leur suite ; mais je ne comprends pas les indifférents. Il m'a été donné d'entendre : moi, je ne suis de rien. Eh bien ! je dirai à ceux-là ; ne sentez-vous pas que ce que nous défendons, c'est l'honneur de votre profession, c'est l'avenir de vos enfants, c'est votre place au soleil sur le sol national ; et que sans la digue que nous avons élevée vous étiez submergés et appelés à disparaître.

Oui, je dois le dire : le véritable esprit républicain nous manque encore, on ne comprend pas que le *res publica*, la chose de tous, ne peut être défendue efficacement que par la participation de tous.

L'Etat ne peut satisfaire à tous les besoins complexes des sociétés modernes, il ne peut se faire l'éducateur universel, et après avoir donné l'instruction générale, donner le savoir scientifique et professionnel. Ceux qui fondent leurs espérances sur lui sont des arriérés.

L'avenir leur donnera tort. Notre honneur a été de faire sans lui. La valeur de notre enseignement ne pourra que gagner à ce que nos professeurs ne soient pas nommés dans un bureau de ministère.

La nécessité de vivre par nos propres forces ou à peu près nous crée de grandes obligations. Etendons encore la base de notre Association, faisons de la propagande autour de nous, que chaque dentiste nous apporte ses conseils, sa participation, et qu'en échange il trouve chez nous un appui et un enseignement.

Messieurs, j'ai parlé de solidarité, de l'intérêt personnel qu'il y avait à ne pas rester indifférent en matière d'intérêt collectif. Nous avons eu le bonheur de rencontrer souvent plus et les dévouements, et le sacrifice des intérêts particuliers a été accordé par beaucoup à l'Ecole Dentaire de Paris. Non seulement de la part des nôtres, mais encore de ceux qui pouvaient rester étrangers à nos luttes, à nos espérances.

Nous ne saurions trop remercier les médecins éminents qui ont été en quelque sorte la force et l'éclat de notre enseignement.

Plus tard, peut-être, à l'état de science faite, les dentistes pourront enseigner les parties principales et connexes de leur art, mais sans le concours des représentants de la Faculté de Médecine de Paris, nous n'aurions été pendant longtemps qu'une école d'apprentissage. (Applaudissements.)

Un concours nous a été non moins précieux : la pratique américaine était connue de quelques initiés, mais, si aujourd'hui nous avons une légion d'opérateurs pratiquant couramment l'aurification, nous le devons à notre éminent professeur de dentisterie opératoire le Dr Lewett. Qu'il soit assuré de notre éternelle reconnaissance. (Applaudissements.)

Cher maître, vous qui nous présidez ce soir, notre art et notre école vous doivent beaucoup. Soit comme membre dirigeant de notre Conseil d'Administration, soit comme professeur, nous vous avons toujours trouvé à notre tête. Dans l'intérêt général, vous avez offert à nos adversaires un moyen de retraite honorable et on sait ici comment vous en avez été récompensé.

Vous êtes des nôtres par tant de côtés, qu'il nous est particulièrement doux de saluer votre supériorité de praticien et de professeur. Les institutions se jugent souvent par la valeur de ceux qui les représentent et nous sommes fiers de

mettre votre nom aux premières places. Vous êtes un dentiste français, vous avez subi comme nous la longue période d'inaction et pourtant vous êtes arrivé à une connaissance approfondie de tout ce qui éclaire et guide la pratique ; quoique vous vous soyez formé dans un temps où manquait les leçons des autres. Vous êtes pour nous tous un exemple et une leçon, montrant ce que le travail d'un esprit sur lui-même peut produire, ce que l'amour du métier, le respect de soi-même et de sa tâche peuvent développer et agrandir l'intelligence du phénomène, perfectionner l'exécution.

Tous ceux qui furent ou qui sont encore vos élèves, ont voulu aujourd'hui vous rappeler que la reconnaissance est au fond de tous les cœurs et, en leur nom, je vous en présente le témoignage. (Applaudissements.)

DISCOURS DE M. POINSOT.

Messieurs et chers Collègues,

Ce soir en me faisant l'honneur de m'offrir la présidence de ce banquet confraternel, ma pensée s'est portée impérieusement vers ceux dont j'occupe ici la place, je me proposais en vous remerciant de cet honneur pour moi, d'exprimer les regrets que causent ces absences.

Vous venez, Messieurs, de me plonger dans l'étonnement le plus grand en m'offrant un souvenir digne de vous, mais trop beau et qui dépasse de beaucoup la valeur des services qu'il m'a été donné de vous rendre ; aussi je ne saurais trop vous remercier non seulement pour moi, mais surtout pour les miens ; en effet, votre souvenir sera pour mes fils un témoignage impérissable de l'École Dentaire de Paris. Puisse-t-il les maintenir toujours fermes dans la voie du travail, là où l'honneur professionnel et l'obligation du devoir absolu guident la conduite.

Dans un langage chaleureux, vous exaltez mes efforts et vous m'attribuez une large part dans vos succès, vous allez un peu loin, la part la plus large vous appartient, je vais vous le prouver en vous retraçant l'historique de nos rapports mutuels.

Depuis mes débuts dans la dentition où je compte vingt années d'établissement, je m'étais formé à l'atelier, à l'hôpital, au cabinet de Dentiste, à chaque succès, aussi bien qu'à chaque insuccès je ne pouvais m'empêcher de regretter les obstacles, supposés sérieux, qui nous tenaient éloignés les uns des autres. Lors de l'apparition de la première traduction de Harris et Austen, par MM. les docteurs Petit et Andrieux, je ne pus me défendre de dire un mot, dans des termes très courtois, fermes, mais surtout très convaincus. Quelques années se passèrent sans que rien de nouveau se produisit, lorsqu'un jour on organisa la première Société dentaire, pour la fondation de laquelle on m'a prié de concourir.

L'enthousiasme était grand, on espérait beaucoup, mais malheureusement on crut qu'il suffisait de formuler des désirs pour que nos gouvernants consentissent à faire de nos vœux, des réalités, les mois, les années s'écoulèrent et rien ne se produisit.

Bien des nôtres désapprouvaient cette passivité et un jour, je m'en souviendrai toute ma vie, une délégation d'entre vous me fit l'honneur de me demander de contribuer, par ma présence, par mes efforts, à créer à Paris une École Dentaire.

Je n'avais pas l'avantage de vous connaître, Messieurs, cependant, certains bruits représentaient les membres composant votre groupe, comme étant animés de sentiments hostiles à la Société dont je faisais partie.

Dans votre demande je ne vis qu'une chose, c'est que l'école projetée allait être le point de départ pour notre relèvement, que nous allions commencer par étudier, par travailler, et il n'était pas nécessaire d'avoir le don de seconde vue pour affirmer qu'un groupement aussi important que le vôtre, fût-il animé ou non par des préventions, par des appréhensions plus ou moins justifiées, quoique composé d'éléments hétérogènes, allait s'épurer, grandir, s'unifier : docteur, officier de santé, praticien ancien ou nouveau, mécanicien plus ou moins consommé, tous trouvaient dans le but qu'on poursuivait un trait d'union.

Aussi, je vous donnais ma parole, je vous promettais mon concours, trop heureux de vous seconder dans votre louable

entreprise, pendant une année nous organisâmes l'Ecole Dentaire de Paris.

Un incident vint marquer les débuts de cette organisation, le lendemain de notre première séance, j'apprenais que la Chambre syndicale venait de me nommer de son bureau.

J'allais trouver ces messieurs, et après plusieurs conférences, ils conclurent qu'il y avait compatibilité entre la qualité de membre de la Chambre et celle d'organisateur d'une École Dentaire à Paris par une société différente de la leur.

Voilà pourquoi pendant plusieurs années, vous me vîtes remplir deux fonctions avec toute l'énergie, en même temps avec toute la droiture qu'on peut rencontrer dans l'accomplissement d'un devoir.

Après notre première année d'organisation il fallut créer un corps enseignant, j'eus alors le bonheur de vous mettre en relation avec plusieurs docteurs, instruits, dévoués, désintéressés, que l'École s'honore de posséder encore, mais lorsque vous m'élevâtes à la dignité de professeur de pathologie spéciale, je vous l'avouerai avec toute la franchise de mon âme, vous m'avez mis dans un cruel embarras.

En effet, rien n'existait alors qui pût me fournir un cadre pour la rédaction de mon cours.

C'est alors, Messieurs, que je sentis combien j'avais été heureusement inspiré dans le temps, en allant dans les hôpitaux principalement, dans les services de chirurgie, étudier les découvertes assimilables à notre profession.

J'ai assisté aux premiers essais de l'acide phénique dans le service de mon vénéré maître Maisonneuve, et je crois pouvoir dire que j'ai été l'un des dentistes qui se sont servis des premiers de ce merveilleux produit.

J'ai puisé auprès de ce maître habile, de précieux enseignements opératoires, et plus d'une fois dans nos opérations souvent d'une difficulté extrême, son souvenir m'a donné la foi, la hardiesse, les qualités, enfin, qu'on en peut tirer de soi-même et qui donnent le succès.

Cependant ma valeur n'était que relative et pas du tout à la hauteur de ma tâche.

Je tiens ici, Messieurs, à vous faire une déclaration ; j'ai

accepté pour commencer seulement, pour donner à notre institution un grand élan; je me considérais comme un factionnaire qu'on relèverait bientôt.

Ce qui m'encourageait aussi, il faut bien l'avouer, c'est votre sympathie pour ma personne, c'est la qualité des étudiants ; en effet, vous n'étiez pas des jeunes gens auxquels il faut démontrer les principes fondamentaux de notre art. Non, vous étiez, la plupart du moins, mes collègues et nos études étaient communes, et je puis bien vous l'avouer, vous m'avez été plus utile à moi-même que je l'ai été pour vous.

Ma faiblesse pédagogique était telle, que des collègues qui avaient voté pour moi me nommant du bureau de la Chambre syndicale, dirent un jour en ma présence, que pour faire un professeur il suffisait de prendre un âne et de le frapper avec n'importe quoi jusqu'à ce qu'il enseigne.

Ce charitable confrère, en effet, venait de dire une grosse vérité. Oui, s'il m'a été possible de vous rendre des services, c'est parce que par vous j'ai été frappé des besoins de la situation, par les événements qui se sont produits, par les faits qui se sont imposés, par les difficultés de tous ordres qu'avec vous, par vous et pour vous il m'a fallu triompher.

Une fois, j'ai cru pouvoir vous rendre, non seulement à vous mais au corps professionnel en entier, le plus grand des services et la réussite eût fait certainement l'orgueil de ma vie, j'avais espéré que mes services dans nos deux groupes me donnaient certains droits; j'avais rêvé que ma position exceptionnelle me faisait un devoir de réunir tous les faisceaux de notre art dans une seule et même école.

Vous connaissez tous les résultats de ma tentative, je déplore l'échec moral que je vous ai fait subir, vous avez bien voulu ne pas me le reprocher, je vous en remercie et plus d'une fois depuis cet événement j'ai regretté la hardiesse de mes tentatives, et de ne pas avoir employé une ligne politique, que peut-être il eût fallu prendre, plutôt que les moyens simples et honnêtes par nous choisis. Malgré tous, malgré tout, notre école est en pleine prospérité ainsi que l'attestent les faits, je suis heureux du passé, heureux du présent et plus heureux encore de votre avenir.

Je ne puis me défendre cependant d'un sentiment de tristesse, si je vous ai rendu quelques services en ma qualité de professeur de pathologie spéciale et plus tard de thérapeutique spéciale, il m'a fallu, vous n'en doutez pas, faire de grands efforts, travailler beaucoup, et cela conjointement avec les exigences d'un lourd cabinet, par des surmenages fréquents, ma santé s'est altérée, nos luttes professionnelles mêmes ont comblé la mesure, et je vois que bientôt je ne vous suffirai plus ; en effet, il ne faut pas vous le dissimuler, la tâche du professeur grandit avec le succès toujours croissant de l'École Dentaire et ce qui suffisait hier ne conviendra pas demain, il faut que l'élément jeune se dévoue, à lui de continuer l'œuvre si bien commencée.

En terminant, Messieurs et chers Collègues, permettez-moi de vous féliciter d'appartenir à notre École, à l'École Dentaire de Paris qui sera toujours l'honneur de notre profession ; avant elle, le praticien était incapable de rendre tous les services que le patient était en droit d'exiger de lui; il connaissait certaines choses, mais il en ignorait davantage et cependant il ne refusait aucuns travaux ; aujourd'hui il obturait une dent qu'il arrachait le lendemain, d'autres fois il opérait sans savoir, s'apprenant en opérant. Dans l'ordre de la prothèse, que de tortures infligées, pour les maladies de la bouche nul ne les connaissait ; l'on s'amusa jadis d'un Docteur devenu Dentiste qui ordonnait souvent et même presque toujours, à des malades souffrant de douleurs odontologiques, des cataplasmes sur le ventre, le dentiste passé n'ordonnait jamais de cataplasmes, tandis que nous, sachant très bien la conduite à tenir dans les douleurs à causes multiples, nous savons appliquer un traitement général et local, isolé ou réuni.

Dans l'ordre prothétique nous savons également être éclectique. Pour les maladies de la bouche nous sommes en mesure de rendre de signalés services.

Par le bien fondé de nos études, par les services que nous rendons, nous pouvons être fiers d'appartenir à notre art et et dans peu de temps étant dégagé des arriérés, nous pourrons toujours compter sur le respect et la considération de nos

concitoyens, nous obtiendrons tout par notre devise. *Union et Progrès*. (Applaudissements prolongés.)

DISCOURS DE M. CH. GODON

Secrétaire général de l'Association.

Mes chers Confrères,

Notre collègue Dubois vient d'offrir, en notre nom à tous, un témoignage d'estime, de sympathie et de reconnaissance au professeur dévoué qui, depuis cinq ans, nous a apporté le concours de son expérience péniblement acquise et de son grand savoir dont il doit à lui seul la possession, car pour lui, il n'existait pas d'écoles spéciales, d'enseignement professionnel.

M. Dubois a retracé avec vérité, le dévouement et le désintéressement du professeur, aussi ne ferai-je qu'ajouter un mot afin de compléter ce qui a pu être involontairement oublié. Il est nécessaire, lorsque nous reconnaissons les sacrifices faits en vue de l'intérêt général, que la manifestation soit complète, afin que ce soit pour tous un encouragement.

Assez souvent, dans la lutte pour la vie, le souci de nos intérêts personnels dirige nos actions pour que nous ne négligions pas, lorsque l'occasion s'en présente, de signaler publiquement, avec tout l'éclat possible, tout effort désintéressé fait en vue d'une œuvre d'intérêt public.

M. Dubois nous a rappelé tout à l'heure les services rendus par le professeur ; permettez-moi d'y ajouter la part prise à la fondation de notre École par celui que nous fêtons en ce jour.

Il y a aujourd'hui six ans, le *Cercle des Dentistes* de Paris, après avoir adopté le projet de fondation d'une école professionnelle de *chirurgie et de prothèse dentaires* dont j'avais pris l'initiative, nommait le *Comité d'organisation* chargé de mettre ce projet à exécution.

Ce Comité était composé de neuf membres nommés par le Cercle et de six membres choisis en dehors de la Société.

C'est à cette pensée de conciliation que nous dûmes l'heureuse fortune de compter M. Poinsot parmi les membres du Comité.

Les hasards de la formation de nos groupes l'avaient jeté chez nos adversaires, mais vous savez tous comment il en est revenu.

Plusieurs d'entre nous avaient appris à le connaître, à l'apprécier; aussi lorsqu'il nous fallut des collaborateurs pour l'œuvre projetée, il fut de suite choisi.

Deux délégués allèrent lui demander son concours, qu'il nous donna avec empressement.

Pendant les six mois qui suivirent et qui furent employés à la fondation de cette École, nous nous souvenons tous de son zèle, de son esprit de conciliation. S'il y eut quelques difficultés, quelques défaillances, quelques désertions, toujours modeste et dévoué, il employa tous ses efforts à maintenir la concorde, apaiser les griefs en vue du but poursuivi.

Lorsqu'enfin l'Ecole fut définitivement installée en dépit de tout et de tous et qu'il nous fallut réunir un corps enseignant, ce corps enseignant que l'on avait signalé comme la pierre d'achoppement contre laquelle tous nos efforts devaient échouer, c'est encore au dévouement de M. Poinsot, que nous fîmes appel pour se joindre aux précieux collaborateurs à qui allait incomber la lourde tâche de la création d'un enseignement spécial nouveau en France.

On vient de vous dire tout à l'heure comment il s'est acquitté de sa tâche, mais ce que l'on ne vous a pas dit, c'est que plus tard les nécessités de la politique professionnelle nous obligèrent à lui demander un nouveau sacrifice : céder le cours qu'il venait de créer avec peine en faveur d'une nouvelle et précieuse recrue. Toujours dévoué à l'œuvre, il prit un autre cours pour la création duquel il dut dépenser à nouveau son temps, sa peine et son activité.

Hier encore, il était prêt à céder à nouveau la place à une personnalité que l'Ecole avait intérêt, prétendait-il, à s'adjoindre.

En présence de ce dévouement constant, de ce désintéressement complet, nous avons été tous heureux de nous

associer à la marque publique de légitime gratitude qui vient de lui être donnée.

Mais cette manifestation n'a pas cependant un caractère exclusivement personnel ; bien au contraire, elle emprunte à la solidarité qui existe entre tous nos professeurs un caractère plus général et d'une plus grande portée ; et je me fais l'interprète de tous, en disant que M. Poinsot personnifie ici le corps enseignant de l'Ecole tout entier, ce corps si dévoué, si instruit, qui a créé en France l'enseignement de l'Art Dentaire et à qui nous sommes heureux, dans la personne d'un de ses dignes représentants, d'offrir l'expression publique de notre reconnaissance. (Longs applaudissements.)

Permettez-moi d'ajouter encore un mot ; il y a cinq ans nous tenions ici, dans cette salle, notre premier banquet. Alors nous avions surtout des espérances, et le soir de ce premier banquet nous venions puiser ensemble dans cette réunion confraternelle, une sorte d'encouragement mutuel pour poursuivre la route, atteindre le but.

Aujourd'hui la partie la plus importante de notre œuvre est réalisée, les fondations espérées sont créées et notre profession, munie de tous les organes nécessaires à son développement prend la place qui lui est due à côté des autres professions libérales.

En présence de ce mouvement progressif que nous avons contribué à fonder, il ne nous reste plus qu'à en aider, qu'à en faciliter la marche.

Avec une École pour instruire les jeunes, une Société scientifique pour marquer les étapes du progrès, un Journal pour les vulgariser, une Caisse de Prévoyance pour soulager les infortunes professionnelles, un Syndicat pour défendre les intérêts particuliers et généraux de la profession, la création est complète. Aussi ne puis-je mieux faire que de terminer ces quelques mots en buvant à la prospérité et au développement de cette puissante société professionnelle qui sert de lien à tous ces organes et qui nous réunit ce soir pour fêter ensemble l'anniversaire de la fondation de l'*Association générale des Dentistes de France.* (Applaudissements.)

M. Dulier. — Messieurs, voulez-vous permettre à un élève

étranger de remercier ici publiquement tout le corps enseignant de l'École Dentaire, de ses bonnes leçons et surtout de leur valeur pratique. Si, de plusieurs points de l'Europe et du monde, on est venu chercher l'enseignement de l'art dentaire à notre Ecole, c'est que sa renommée est déjà établie. Je bois à son développement futur.

M. le Dr Sicard. — Un médecin français est heureux de témoigner aussi sa reconnaissance à l'École où il puise la connaissance de la dentisterie opératoire, de la chirurgie et de la thérapeutique spéciales. La valeur du corps enseignant, sa bienveillance nous ont permis de nous assimiler rapidement les éléments de l'art. Je porte un toast en son honneur.

M. Dubois. — Ces témoignages de gratitude nous honorent. Le lien qui réunit le corps enseignant et les élèves à l'Ecole Dentaire de Paris est étroit. Nous voulons le maintenir et faire même que la scolarité terminée, le diplôme obtenu, il ne se relâche pas. Le concours dont parlait tout à l'heure notre cher président est une garantie d'impartialité, une excitation au travail pour qui veut ajouter quelque chose à notre domaine. Nous ne demandons pour récompense de nos efforts que d'avoir contribué à former des esprits, des praticiens qui porteront haut le renom de l'École où ils ont appris, l'honneur du pays où elle s'est développée. (Applaudissements.)

M. Lowenthal. — Je porte un toast à la presse Odontologique et principalement au *Progrès Dentaire* le doyen des journaux dentaires français.

M. Colin-Logan. — Je remercie M. Lowenthal de son toast et nous ferons tous nos efforts pour qu'on nous estime. Messieurs, vous pouvez être fiers de votre œuvre et je suis heureux de vous féliciter après tant d'autres. M. Poinsot disait que l'avenir était aux jeunes. Je souhaite qu'ils oublient les dissentiments qui ont pu partager leurs aînés. La France étonne le monde par son unité, que les dentistes s'inspirent de son génie et fassent l'union. Deux Sociétés travaillent pour le bien de la profession, qu'elles se fondent en une seule et leurs forces ne seraient pas doublées mais décuplées.

Je bois à l'union des dentistes de France. (Applaudissements.)

BIBLIOGRAPHIE

De la réglementation de l'Art Dentaire en France, par le Docteur Th. David, directeur de l'École Dentaire de Paris. Octave Doin, éditeur, 1885.

Dans cette nouvelle brochure, M. le Docteur David vient de publier un résumé historique des tentatives antérieures, des arrêts des tribunaux, des opinions que la réglementation de l'exercice de l'Art Dentaire a fait surgir.

C'est un état de la question précieux pour qui s'occupe de la matière. Il est complet, il est succinct.

Notre Directeur n'ayant voulu que tracer un résumé ne conclut pas en faveur de l'une des solutions qu'il expose depuis celle d'A. Petit 1790, jusqu'à celle du Comité d'hygiène, d'ailleurs identiques.

Nous sommes heureux de l'occasion qui nous est offerte d'examiner où en est actuellement ce problème toujours modifié, jamais résolu de la réglementation.

On le sait, un malheur particulier dont nous ne connaissons pas bien les causes, a fait, que le gouvernement s'est occupé encore une fois des conditions particulières de l'exercice de notre art. Le travail du directeur de l'École Dentaire de Paris a été écrit en quelque sorte pour initier les membres du Comité consultatif d'hygiène aux précédents, à l'état de la question.

S'il n'est pas impossible de légiférer sur cette matière, cela est certainement difficile, puisque trois gouvernements s'y sont essayés, que des commissions des tribunaux ont rendu des décisions contradictoires, que plusieurs générations de dentistes ont poursuivi ce faux idéal sans pouvoir amener les hommes politiques à décider de leur sort. L'extraction des dents est-elle une opération de chirurgie proprement dite, le remplacement des dents absentes aussi?

Où commence l'Art Dentaire ? où finit-il ? graves problèmes sur lesquels toute la scolastique judiciaire, administrative, légiférante, s'est exercée sans arriver à une conclusion pratique. Cela n'empêcha pas les choses de suivre leur cours, et de faire que les pays qui avaient su établir un enseignement rationel de l'Odontologie, se trouvaient en avance sur leurs concurrents, que cela leur permettait, non seulement comme le disait spirituellement M. Trélat : de se défendre contre l'importation, mais encore de faire de l'exportation.

La majorité des dentistes français et nombre d'hommes politiques, M. Paul Bert en tête, pensent que la solution libérale est, quoiqu'elle a des inconvénients évidents, préférable à la solution autoritaire. Les événements de ces dernières années leur ont donné raison.

Pourtant, des esprits bien intentionnés pensent que la liberté est funeste, que la loi établirait des barrières dont profiterait tout le monde. A nos yeux c'est une erreur, mais l'opinion de nos contradicteurs n'est pas de celles qui créent un fossé entre des hommes déjà d'accord sur des idées plus essentielles. La nécessité de développer en France un centre d'instruction, de propagande par le fait, par l'exemple, de la dignité et de la compétence professionnelle. Cinq ans d'existence de l'École Dentaire de Paris ont plus fait pour ce but, que les efforts stériles des pétitionnaires de 1827 à 1880.

Continuons; le temps sert les idées justes et éclaircit les rangs des défenseurs des solutions rétrogrades.

Paul DUBOIS.

NOUVELLES

Les élèves de l'Ecole Dentaire de Paris ont pris entre eux l'initiative d'une souscription pour acheter une couronne destinée à la tombe de Victor Hugo. Cette couronne magnifique a été exposée dans les bureaux du journal *La France*.

Nous rappellerons à cette occasion que Victor Hugo avait daigné appuyer de sa glorieuse signature, la pétition du Cercle des Dentistes demandant la création d'un service dentaire municipal à Paris.

Ordre du jour de la Société d'Odontologie de Paris. — Séance du mardi 16 Juin :

1° Statistique des extractions à l'Ecole Dentaire de Paris.
2° Présentation de tire-nerfs en platine irridié par M. P. Dubois.
3° Présentation d'un nouvel articulateur par M. G. Viau.

Le Dentist's Register (registre légal des dentistes autorisés à pratiquer en Angleterre) vient d'être publié, il comprend 4.395 noms, en diminution de 361 sur le registre de 1879.

Le Dental Hospital de Londres en 1885. — Le Dental Hospital de Londres a reçu cette année en souscription, 1.662 livres (41.650 fr.) il avait reçu 1.697 livres en 1883 et 1.540 en 1882. Les recettes ont été au total de L. 1.857 3. sh. 3. d. (46.530 fr.), les dépenses L. 1.360. 6. d. (34,000 fr.) laissant un excédent de 12.530 francs.

Le total des opérations a monté à 38.304. Le nombre des patients étant de 27.118. (*Dental Record.*)

M. le Docteur Proust vient d'être désigné par la Faculté de Médecine pour occuper la chaire d'hygiène en remplacement de M. Bouchardat.

La quatorzième session de l'Association française pour l'avancement des sciences s'ouvrira à Grenoble le Jeudi 13 août 1885.

27116. — Amiens, Imp. T. Jeunet.

VOL. 5. Paris, Juillet 1885 N° 7.

L'ODONTOLOGIE.

TABLE DES MATIÈRES POUR JUILLET 1885.

ÉTUDES DE JURISPRUDENCE MÉDICALE

DE LA PRESCRIPTION APPLICABLE AUX HONORAIRES DES DENTISTES

Par le Dr Th. DAVID.

Un point très particulier de jurisprudence médicale a été soumis à notre appréciation, celui de déterminer la prescription opposable aux dentistes dans le recouvrement de leurs honoraires. La loi étant muette sur ce point, c'est par analogie avec la jurisprudence admise pour les autres professions que nous devons rechercher quel texte on doit leur appliquer. Nous allons donc examiner les différentes prescriptions qui peuvent, dans l'espèce, être invoquées.

A. Est-ce la prescription exceptionnelle appliquée aux médecins? Aux termes de l'article 2272 1°, « *l'action des médecins, chirurgiens et apothicaires pour leurs visites, operations et médicaments se prescrit par un an* ». (1)

(1) Disons en passant que cette législation n'est assurément plus conforme aux usages du jour. Les médecins n'envoient souvent leurs notes qu'au bout de l'année, alors que la prescription est déjà acquise au

La loi de ventôse an XI, qui régit encore l'exercice de la médecine, n'a point mentionné les dentistes, et la jurisprudence (Arrêts de la Cour de Cassation, 23 février 1827, aff. Delpeuch ; 15 mars 1846, aff. Williams Rogers) refuse de voir dans la pratique de l'art dentaire, une des branches de l'art de guérir.

Au point de vue qui nous occupe, la conséquence logique de cette interprétation, donnée par la jurisprudence, au silence de la loi de ventôse, sur les dentistes, consisterait à les soustraire à l'application de l'art. 2272, 1°. En effet, l'interprétation stricte devant prévaloir, la prescription exceptionnelle établie par ce texte ne semble pas, de prime abord pouvoir leur être appliquée, puisqu'on ne veut voir en eux ni des médecins, ni des chirurgiens.

Nous verrons cependant que dans l'état actuel de notre législation, il est bien difficile de renoncer à l'application de ce texte. Quelles autres prescriptions, en effet, pourrait-on appliquer aux dentistes?

B. Est-ce la prescription également exceptionnelle de six mois, qui s'applique aux gens de travail et de service ? (C. C. 2271, 3°.) Aux termes de ce texte « *l'action des ouvriers et gens de travail, pour le paiement de leurs journées, fournitures et salaires se prescrit par* SIX MOIS ».

Certes, les dentistes ne sauraient être comparés aux mineurs, aux terrassiers, aux domestiques, que l'on paie à la journée. Bien que non assimilés pour les conditions d'exercice aux médecins, aux chirurgiens, ils n'appartiennent pas moins à une classe relativement élevée ; comme eux, ils sont obligés de se pourvoir de connaissances spéciales, qui, par ce fait, les classent dans les professions libérales et les mettent bien au-dessus des professions purement manuelles.

---

client; remarquons en outre que le fait seul de l'envoi de la note des honoraires ne peut-être considéré comme une cause d'interruption de la prescription.

Il est vrai de reconnaître que les tribunaux qui se trouvent en présence de la mauvaise foi manifeste des débiteurs, cherchent autant que possible à écarter l'application rigoureuse de la loi. Il serait néanmoins très désirable que le délai de la prescription fût reculé, ainsi que l'a fait la législation italienne qui l'a porté à *trois ans*.

Nous devons toutefois faire une distinction entre le dentiste proprement dit et l'ouvrier-mécanicien-dentiste. Ce dernier, en effet, qui travaille exclusivement dans l'atelier, sur un modèle en plâtre..... ne fait qu'œuvre manuelle mécanique, pour laquelle il reçoit, de son patron, un salaire déterminé. Il appartient incontestablement aux professions dites manuelles. L'autre, au contraire, le praticien qui voit le malade, qui soigne lui-même les maladies des dents, souvent celles de la bouche, qui, sur le vivant, emploie des médicaments, pratique des opérations ou applique des appareils, se rapproche évidemment des médecins ; il ne reçoit pas de *salaire*, mais se fait attribuer, comme ces derniers, des *honoraires*. Il nous paraît donc impossible d'admettre que le dentiste soit compris dans les termes de l'art. 2271, 3°.

Ce texte a cependant été appliqué aux sages-femmes. C'est déjà étendre le texte exceptionnel de cet article. Mais en admettant même que cette extension soit légale, il est facile de voir qu'elle ne saurait être appliquée aux dentistes. En effet, tandis que la sage-femme peut-être payée et souvent du reste, en fait est payée à la journée et peut par cela même être assimilée aux autres professions, dont la rétribution comporte ce mode de fixation, il n'en est jamais ainsi du dentiste auquel le texte de l'art. 2271, 3° est absolument inapplicable dans ses termes mêmes.

La loi a parfaitement défini le rôle subalterne de la sage-femme ; elle n'a pas délimité au contraire le domaine de l'art dentaire. Malgré la jurisprudence actuellement reçue, on pourrait à la rigueur soutenir, appuyé sur des autorités compétentes, que la loi de ventôse n'a pas voulu distinguer les dentistes des médecins, pas plus qu'elle ne l'a fait pour les oculistes, les accoucheurs dont elle exige un diplôme médical.

C. Les prescriptions exceptionnelles de six mois et d'un an se trouvant écartées, faudrait-il s'entretenir à la prescription générale de trente ans (C. C. 2262).

« *Toutes les actions, tant réelles que personnelles, sont prescrites par* TRENTE ANS, *sans que celui qui allègue cette prescription soit obligé d'en rapporter un titre ou qu'on puisse lui opposer l'exception déduite de la mauvaise foi.* » Est-elle applicable au cas présent ?

Nous ne le pensons pas. Faisons de suite remarquer, en effet, à quelles bizarres inconséquences nous arriverions.

Eh quoi ! si le dentiste était médecin, il subirait la prescription annale ? Mais parce qu'il fait de la médecine sans être médecin, sans avoir de diplôme médical, il bénéficierait de la prescription trentenaire ! Il y a des dentistes médecins et des dentistes non médecins. Tout en exerçant le même art, les premiers seraient soumis à la prescription D'UN AN et les autres à celle de TRENTE ANS ? Il est vraiment impossible d'admettre cette différence.

En ce qui concerne l'application de l'article 2272 1°, il serait logique d'assimiler les dentistes aux médecins au lieu de les en distinguer. Cette opinion se trouve du reste justifiée par la nature des soins que donne le dentiste, par les divers projets de réglementation officielle de la profession de dentiste, qui tous proposent de faire rentrer, à des titres divers, l'art dentaire dans la médecine, par l'avis de l'Administration et des Chambres qui ont toujours considéré les dentistes comme des médecins. C'est ainsi que la loi du 25 avril 1844, affranchit les dentistes, comme les autres médecins et chirurgiens, de la patente qu'ils avaient payée jusque-là ; que celle des 15-22 mai 1850, qui a rétabli ces patentes, les a également rétablies pour les docteurs-médecins et pour les chirurgiens-dentistes.

En nous appuyant sur cette assimilation nous croyons pouvoir soutenir que la prescription annale appliquée aux médecins doit l'être aussi aux dentistes ? Si l'extension d'un texte de loi s'impose, c'est à coup sûr celle-là.

Tout ce que nous venons d'exposer ne vise que les honoraires provenant des soins.

Il y a lieu, en effet, de distinguer entre les consultations, opérations, visites qui constituent les soins médicaux proprement dits et les fournitures, les appareils que livre le dentiste auquel est applicable pour ce dernier cas une prescription autre que celle de l'art 2272 1°. Cette distinction a d'ailleurs été faite pour les médecins eux-mêmes et a donné lieu à un arrêt de la Cour de Cassation, qui a sur ce point fixé la jurisprudence. Il s'agissait d'une demande de prescription annale

invoquée contre le paiement des honoraires d'un médecin pour soins et fournitures d'appareils, de médicaments. S'il n'y avait pas eu de pharmacien dans la localité pour pourvoir à ces fournitures, la demande de prescription eût été recevable (article 2272 1°) aussi bien pour les soins que pour ces dernières, pour les soins d'abord, car on se fut alors précisément trouvé dans les termes de la prescription opposable au médecin, en outre pour les remèdes fournis, puisque le médecin, se trouvant en ce cas autorisé à exercer la pharmacie, pouvait en tant que pharmacien se voir opposer la prescription annale, qu'on ne pouvait lui opposer en tant que médecin. Mais ce n'était pas le cas, les fournitures faites par le médecin ne constituaient pas un acte d'exercice de la pharmacie ; de ce fait le médecin n'était donc qu'un simple particulier, ayant contre le client une créance née d'une fourniture quelconque. Puisqu'on ne se trouvait pas dans le cas d'une prescription exceptionnelle, c'est la prescription de droit commun, (30 ans) qui fut appliquée.

L'arrêt mérite d'être cité, car il établit nettement la distinction des soins et des fournitures faites par le médecin, et de plus détermine la forme de prescription (30 ans) qui doit être attribuée aux créances provenant de ces dernières.

CASSATION. — CHAMBRE DES REQUÊTES. — 19 Juin 1882.

« La Cour ; — Sur le moyen unique pris de la violation de l'article 2272. C. Civil.

Attendu que si aux termes de cet article, l'action des médecins pour le payement de leurs visites se prescrit par un an, cette prescription ne s'applique qu'aux créances résultant pour le médecin des visites qu'il a faites et des consultations qu'il a données, et non à celles qui ont pour objet le prix ou le remboursement du prix des appareils ou médicaments qu'il a fournis ou procurés au malade; que le prix de ces objets ne fait pas partie des honoraires dus au médecin pour l'exercice de sa profession, et qui sont seuls soumis à la prescription annale. Attendu que le jugement attaqué (Trib. civ. de la Seine, 29 Janv. 1881) constate que les sommes réclamées par Vauthrin sont plutôt des déboursés pour appareils et médicaments procurés au malade que le payement de soins médicaux proprement dits, etc. (Aff. Debaecher contre Vauthrin. — Arrêt rapporté au recueil de Sirey 1884. — 1. — 21.)

Il résulte de cet arrêt que :

« La prescription annale de l'action des médecins pour leurs visites

s'applique seulement aux créances résultant pour eux de leurs visites et consultations, et non aux créances ayant pour objet le prix ou le remboursement du prix des appareils ou médicaments fournis ou procurés au malade (c. civ. 2272). Lors donc, que les sommes réclamées par le médecin, sont plutôt des déboursés pour appareils ou médicaments que le payement de soins médicaux proprement dits, la prescription annale est inapplicable. »

Cette distinction relative aux fournitures est certainement plus admissible encore pour les dentistes, puisqu'ils se bornent rarement à ne donner que des soins.

Laissons de côté la question des substances médicamenteuses (acide phénique, acide arsénieux...) qui en réalité ne sont pas livrées au client, mais seulement employées par le dentiste pour produire une action thérapeutique déterminée, pour faciliter ou même remplacer une opération. Si l'on peut considérer comme soins proprement dits, le traitement préalable que l'on fait d'une dent (pansements divers, cautérisation, destruction de la pulpe), etc ainsi que les opérations de résection, d'extraction, il n'en est pas de même de la prothèse et des divers procédés de restauration. La livraison d'un dentier, d'un bloc d'or ou d'une autre substance, mis dans une dent pour la restaurer, constitue une œuvre bien différente. Si dans le premier cas les soins personnels ne représentent qu'une somme de temps employé, il y a dans le second, déboursé pour achat de fournitures, déboursé pour la main-d'œuvre des appareils, et le client a reçu en livraison la preuve de ces dépenses. La distinction qui a été admise pour les médecins s'impose donc absolument pour les dentistes.

Nous n'avons pas à revenir sur la prescription opposable aux créances provenant des soins ; nous l'avons suffisamment établie. Quelle est celle que l'on doit appliquer aux créances résultant des fournitures. En ce qui concerne les médecins l'arrêt que nous venons de rapporter, a fixé sur ce point, l'application de la prescription trentenaire. C'est incontestablement cette même prescription qu'il faut appliquer aux dentistes. En effet quelle autre prescription pourrait être applicable. La seule qu'on pourrait proposer serait celle d'un an article 2272 3°. Aux termes de ce texte « *l'action des marchands pour les marchandises qu'ils vendent aux particuliers, se prescrit par un an* ».

La question est donc de savoir si le dentiste exerce une profession libérale, ou s'il doit être considéré comme un marchand. Ce qui, par opposition aux professions civiles, caractérise les professions commerciales, *c'est à titre principal* d'acheter pour revendre. Tel n'est pas le cas du dentiste. Ses achats n'ont d'autre but que de faciliter l'exercice de sa profession ; il n'est pas marchand, il ne tient pas boutique pour revendre ses fournitures.

Il en est de même du médecin, lorsqu'il fournit à ses malades des médicaments ou des appareils. Mais ici une distinction est nécessaire. Deux cas peuvent, en effet, se présenter : ou bien le médecin exerce dans une commune où il n'y a pas de pharmacien, tenant officine ouverte, ou au contraire, il pratique dans une ville, où est installée une pharmacie. Dans le premier, ce n'est pas la prescription annale de 2272 3°, qu'on pourrait lui opposer en tant que marchand, mais bien celle de 2272 1°, en tant que pharmacien. En effet, quoiqu'il lui refuse le droit de tenir officine ouverte, l'art. 27 de la loi du 21 germinal an XI (1), l'autorise à vendre à ses clients tous les remèdes dont ils peuvent avoir besoin ; dans ce cas, il devient donc pharmacien, il exerce dans des limites restreintes, sans doute, mais il exerce certainement la pharmacie et partant, la prescription de 2272, 1° doit lui être applicable.

Dans le deuxième (et c'est le cas sur lequel a statué la Cour de Cass.), le médecin ne bénéficie plus de l'autorisation exceptionnelle déterminée par l'art. précité de la loi de germinal ; il ne peut point faire acte de pharmacien en même temps qu'il exerce la médecine. On ne saurait donc lui opposer la prescription annale qui s'applique aux pharmaciens. Encore moins pourrait-on, ainsi que nous l'avons établi plus haut, lui opposer la même prescription en tant que marchand. Ainsi placé en dehors des exceptions, le médecin rentre, à ce point de vue, dans la règle générale de la prescription de 30 ans.

---

(1) « Les officiers de santé établis dans les bourgs, villages ou communes où il n'y aurait pas de pharmaciens, ayant officine ouverte, pourront, nonobstant les articles précédents, fournir des médicaments simples ou composés, aux personnes près desquelles ils seront appelés, sans avoir le droit de tenir officine ouverte.

Il ressort de cette distinction que dans le premier cas les fournitures se prescrivent par un an, comme faites par un pharmacien et dans l'autre par trente ans, comme faites par un simple particulier. Il en serait cependant autrement si les fournitures au lieu d'être faites pour faciliter l'exercice de la profession, l'était à titre principal; si par exemple le médecin tenait officine ouverte, ou si le dentiste au lieu de fabriquer des appareils pour ses clients, pour des malades déterminés, travaillait à façon, pour le compte d'autres dentistes. Dans ces cas le médecin serait considéré comme pharmacien et le dentiste comme commerçant. Le dentiste à façon serait alors évidemment assimilable aux marchands (prescription d'un an). Mais revenons à la profession de dentiste, telle qu'elle est habituellement exercée. L'appréciation que nous en avons donnée, la distinction que nous avons établie entre elle et les professions commerciales, se trouvent confirmées par la jurisprudence, dans les arrêts suivants, dont nous nous bornons à rapporter les considérants.

TRIBUNAL DE COMMERCE DE BRUXELLES. — 29 Mars 1846.

Le tribunal. — Attendu qu'il n'y a de contestations qu'en ce qui concerne la contrainte par corps, que l'assigné prétend ne pouvoir être prononcée; attendu que le défendeur ne saurait être considéré comme marchand, à raison de sa profession de dentiste, et que les matières qu'il achète pour exercer son art ne sont que des accessoires d'où ne peut résulter un acte de commerce; — Par ces motifs, le tribunal condamne le défendeur purement et simplement à payer au demandeur, etc. — Aff. Dufour contre Dudart. D. 1850. 5. 8.

ARRÊT DE LA COUR DE PARIS. — 24 Janvier 1849.

L'achat par un dentiste des dents d'hippopotame dont il compte faire un emploi relatif à son art, ne constitue pas un acte de commerce entraînant la contrainte *par corps*. (C. Comm. 632.) D. 5, 6.

La Cour considérant que Rossi exerce la profession de dentiste et qu'il ne fait pas le commerce; que si le billet dont le paiement est poursuivi a été souscrit par Rossi pour le paiement du prix des dents d'hippopotame à lui vendues par Roumelte, Rossi déclare qu'il n'a acheté cette marchandise que pour la soumettre à un travail et en faire un emploi relatif à son art; que le contraire n'est pas établi et que ce fait ne constitue pas un acte de commerce; infirme, décharge Rossi de la contrainte par corps, etc.

ARRÊT DE LA COUR DE PARIS. — 8 Avril 1858.

Le sieur Rossi dentiste avait acheté des sieurs Desmoutis, Morin et Chapuis une certaine quantité de platine pour l'employer à la fabrication de rateliers artificiels. Ces derniers l'ayant assigné devant le Tribunal de

Commerce en paiement de la somme de douze cents francs, prix de cette fourniture, il opposa l'incompétence de ce tribunal, prétendant qu'il n'était pas commerçant. Les demandeurs prétendaient de leur côté, que le sieur Rossi était un véritable commerçant, puisqu'il n'avait acheté le platine que pour l'employer à la fabrication des rateliers qu'il vendait au public.

Le tribunal accueillit l'exception d'incompétence par le jugement suivant.

« Attendu que la créance dont Desmoutis, Morin et Chapuis réclament le paiement à Rossi, a pour objet une fourniture de platine ; que cette matière est indispensable à Rossi pour l'exercice de sa profession de dentiste, que les demandeurs n'établissent pas qu'il l'ait acheté pour le revendre commercialement ; par ces motifs se déclare incompétent ; en conséquence renvoie la cause et les parties devant les juges qui doivent en connaître etc. »

APPEL. — ARRÊT :

La Cour, — considérant que Rossi ne tient pas magasin de dents et de rateliers artificiels, qu'il n'en vend pas au public, mais que, dans l'exercice de son art, il établit avec du platine, pour des clients déterminés, et leur applique des appareils qu'il leur fait payer au même titre que les autres opérations qui ressortissent de sa profession ; —

Adoptant au surplus les motifs des premiers juges, confirme....

Aff. Desmoutis et autres contre Rossi. — D. 2, 103.

Cette jurisprudence établit donc très nettement que le dentiste n'est pas un marchand. Par là même, il n'est pas justiciable des tribunaux de commerce, et ne peut être mis en faillite. Au point de vue qui nous occupe, et pour leurs diverses fournitures, les dentistes se trouvent ainsi affranchis de la prescription annale appliquée aux créances provenant de fournitures faites par des marchands.

Nous sommes donc conduit par voie d'exclusion à leur appliquer pour ce cas la prescription trentenaire.

En résumé, il faut distinguer pour les dentistes, comme pour les médecins :

1° Les créances qui proviennent de soins médicaux proprement dits, tels que visites, consultations, opérations.

2° Les créances qui ont pour objet le prix ou le remboursement du prix des appareils, médicaments et autres fournitures diverses.

Aux premières, est opposable la prescription exceptionnelle *d'un an* ; aux autres, la prescription générale *de trente ans*.

LES TIRE-NERFS ET L'EXTIRPATION DE LA PULPE.

(Communication à la Société d'Odontologie). (1)

L'extirpation de la pulpe est sans contredit l'opération la plus délicate de toutes celles que nous avons à exécuter. Si nombre d'insuccès sont dus à l'opérateur, on doit dire aussi que les défectuosités de l'instrument y sont pour beaucoup. J'ai essayé de perfectionner l'outil et par suite le procédé opératoire; je viens vous soumettre en quoi consiste ce petit progrès de détail.

Le tire-nerf barbelé en acier est bien mal approprié à l'effort qu'on lui demande et depuis longtemps je pensais que le platine extra-dur se plierait mieux aux courbures des canaux, résisterait mieux à la torsion.

Au commencement de 1884, je soumis l'idée à M. Contenau, et nous convînmes de faire des essais; les premiers ne furent pas heureux et nous avions abandonnés sa réalisation. Elle a été reprise depuis, les résultats sont sous vos yeux. Des tire-nerfs de différents modèles ont été construits, ceux barbelés sont aussi résistants et plus souples que leurs similaires en acier, le diamètre est réduit. Pour les praticiens qui se servent de cette forme de tire-nerf, il y a un progrès et la rupture sera moins à craindre, elle ne pourra se produire dès les premières fois comme cela arrivait trop souvent avec les tire-nerfs d'aciers. A ce premier genre, le fabricant en a ajouté d'autres, les uns absolument lisses comme les Donaldson, afin de porter les mèches dans le canal, et quand on veut laisser le pansement, ces sondes en platine sont supérieures aux sondes en acier, la mèche glisse mieux, ne s'accroche pas et pour l'obturation des canaux avec un ciment, elles seront des plus précieuses.

Enfin, un troisième type d'instruments complète la série, la tige est lisse, sauf à la partie terminale où l'on a fait une petite torsion en spirale. C'est de cet instrument dont je voudrais surtout vous entretenir.

---

(1) Séance du 16 Juin 1885

Comme je viens de le dire : les premiers essais de tire-nerfs en platine ne furent pas décisifs et j'en étais revenu dans ma pratique à l'instrument classique; après avoir réessayé les différentes marques, je ne devins pas plus satisfait et je voulus tenter l'expérimentation d'autres instruments, tel que le tire-nerf ayant un seul crochet à son extrémité ; ce crochet augmente le diamètre, refoule le nerf et ne permet pas d'atteindre son extrémité radiculaire, la plume d'oie réduite à l'état de filament ne m'a pas mieux réussi ; c'est alors que j'essayai le procédé du coton dont j'avais entendu vaguement parler. (J'ai cherché dans les traités classiques, la description du mode opératoire et ne l'y ai pas trouvé.)

Dès les premières tentatives, je vis que c'était un moyen excellent, et que la tige lisse garnie de coton permettait l'extirpation du nerf mieux que la broche barbelée, car l'encoche ne sert pas, elle nuit. Comment ? en augmentant son diamètre, et dans les canaux étroits les plus petits tire-nerfs barbelés ne peuvent pénétrer, surtout quand le faisceau pulpaire est en place ; en diminuant sa solidité et en faisant de chaque endroit ou a été fait une encoche, un point faible désigné pour la rupture ; en empêchant le glissement le long de la paroi du canal. On le sait, le tire-nerf doit atteindre le sommet radiculaire sans rien faire rebrousser ; la direction de l'encoche n'empêche que peu cette action nuisible et parfois avec le tire-nerf barbelé on n'extirpe pas son nerf au contraire, on le bourre à l'extrémité laissant aux escharotiques, au sphacèle, le soin de détruire cette vitalité, cette sensibilité persistantes. Le mouvement de torsion est empêché par la barbe de l'instrument, elle fait qu'il s'accroche aux parois et ne peut tourner si ce n'est dans les canaux très larges. Enfin cette hâchure du nerf par les reliefs piquants est douloureuse, et sans la morphine et l'acide phénique on ne pourrait que rarement dépasser d'emblée la chambre pulpaire. Souvent dès les premiers temps de l'opération, les plaintes, les mouvements du malade nuisent au calme, à la liberté de l'exécution, alors l'opérateur tourne et tire au dehors le nerf trop tôt ; le résultat est qu'il n'a qu'une petite partie de l'organe, heureux s'il n'a pas fait une tentative inutile, heureux s'il n'a pas logé dans le canal

une partie de tire-nerf cause d'irritation pour le débris pulpaire encore en place, irritation pouvant se propager au périoste et amener toute une série d'accidents qui, s'ils ne compromettent pas le succès définitif, retardent au moins la guérison, infligent des pertes de temps à l'opéré et à l'opérateur.

Messieurs, tout cela peut être évité. De l'avis de tous, l'extirpation est due au mouvement de torsion Et bien cette torsion, elle se fera mieux, plus sûrement avec une tige lisse qu'avec une tige barbelée. Avec la tige lisse, il sera plus facile de glisser le long de la paroi du canal l'inflammation de la pulpe, sa cautérisation ont augmenté temporairement son volume, cela passé, il y a retrait, et une broche fine non barbelée peut glisser entre elle et sa gaine osseuse, remonter vers le foramen pour atteindre la pulpe à son extrémité radiculaire faire qu'elle s'enroule autour de cette broche, qu'elle se sectionne et qu'elle soit amenée tout entière et du premier coup au dehors.

Un équarrissoir d'horloger, une sonde de Donaldson, le tire-nerf avec torsion peuvent servir à cet usage, le dernier y est mieux adapté.

On recouvre de quelques filaments de coton la broche en évitant d'en mettre trop pour ne pas augmenter le diamètre, — ce coton doit être roulé assez serré et d'une manière uniforme sur toute la hauteur. La cavité préparée comme à l'ordinaire, la chambre pulpaire largement ouverte, les canaux rendus d'accès facile autant que possible *on glisse doucement sans tourner* le long de la paroi du canal, arrivé à son extrémité et seulement à ce moment on fait subir à l'instrument plusieurs mouvements de torsion, il va de soi que les premiers sont seuls sensibles et on peut faire 8 à 10 tours sans crainte, le nerf n'en sera que mieux enroulé et aisément amené au dehors. Dans l'immense majorité des cas on extirpe le nerf en entier et dès la première tentative.

Quoi qu'il en soit, le platine irridié est supérieur à l'acier pour la fabrication des tire-nerfs, il se courbe, il se tord mieux avec lui, l'encoche est moins dangereuse, moins cause de ruptures. Ne subissant pas l'action corrosive des acides et de l'humidité, les instruments faits avec cette matière restent

toujours lisses, de plus pouvant être portés au feu on peut leur rendre leur souplesse lorsqu'il y a fatigue.
Enfin, Messieurs, j'ose espérer que la généralisation du procédé du coton rendra quelques services que l'extirpation de la pulpe sera plus facile, plus complète et que par conséquent la thérapeutique de la carie au 3e degré en sera heureusement influencée.

ABLATION DES PARTIES MOLLES ET OSSEUSES DU MENTON PAR UN COUP DE FEU.

PROTHÈSE DE LA BOUCHE

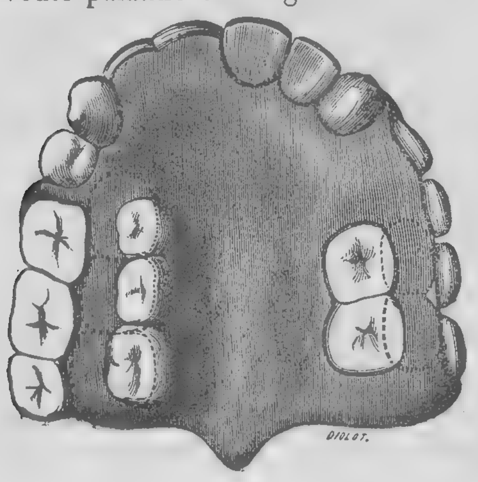
Mémoire lu en séance à l'Académie de Médecine
(Rapport favorable par M. MOREAU)

Par C. DELALAIN, Dentiste, Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris

DEUXIÈME PARTIE.

Comme il fallait renoncer à l'espoir de remettre la couronne des molaires inférieures en concordance permanente de rapport permettant les mouvements de latéralité qui aideraient à broyer avec les dents supérieures, les aliments, nous nous sommes contentés pour remplir les principales indications, savoir :

Favoriser la mastication et garantir de tout frottement direct la voûte palatine et les gencives externes ; de faire un den-



La mastication des aliments devient possible au moyen d'une pièce dentaire sur la concavité de laquelle des contre-dents ont été placées, de façon à imposer un arrêt forcé aux deux fragments du maxillaire inférieur.

tier qui s'adapte à la voûte palatine et adhère latéralement aux dents naturelles. Cette pièce est représentée par la figure n° 4 ; elle fut construite d'abord en platine et fixée par des anneaux d'or qui embrassaient solidement les dents supérieures et ce, afin d'éviter l'accentuation de déformation ogivale de la voûte, (14 mois plus tard, lorsque la consolidation des deux maxillaires supérieurs fut établie, nous en refîmes une en caoutchouc vulcanisé.)

Outre les dents antérieures qui manquaient et que nous avons aussi remplacées, nous avons, comme on le remarque sur le cliché n° 4, adapté à droite et en dedans des trois dernières molaires, trois contre-dents postiches que les naturelles inférieures dans leur mouvement élévatoire viennent rencontrer.

Ainsi, les trois molaires qui restent (côté gauche) du maxillaire inférieur et les contre-dents postiches (même côté), soudées en haut sur la plaque, rétablissent en partie la trituration alimentaire par mouvements de latéralité (comme les ruminants), et de plus la voûte palatine et sa muqueuse se trouvent garanties contre tout frottement direct.

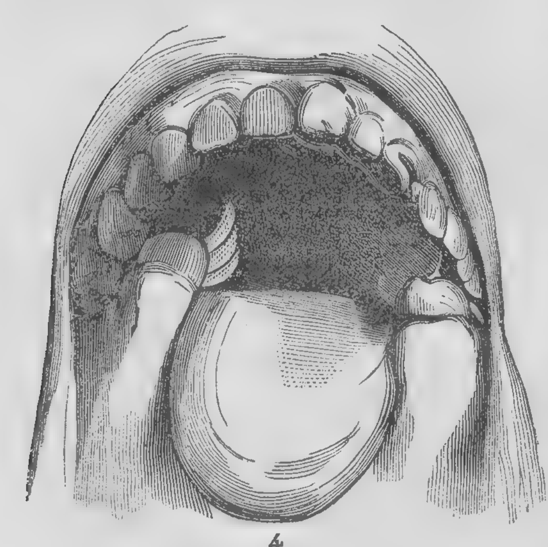
Du côté gauche du maxillaire supérieur, nous avons placé un prolongement métallique contournant très exactement les faces internes et externes des dents naturelles qui y sont, comme on peut le voir, exactement enclavées, y soudant extérieurement entre l'arcade dentaire et la joue des dents canines qui ont pour but, par la face postérieure de leur prolongement, de faciliter le frottement à angle droit des deux molaires naturelles de la branche correspondante du maxillaire inférieur, de façon à s'opposer à la déviation qui allait ulcérer le bord gingival externe du même côté gauche.

Si cette dernière disposition comme nous le craignions, puisque nous n'avons mis que des dents plates lacérantes, n'a pas rétabli complètement la mastication de ce côté, elle a du moins protégé les gencives contre l'irritation continuelle provoquée par les frottements des molaires de la branche gauche sur les gencives.

A ces diverses et multiples dispositions (tout à fait en dehors des applications usuelles de notre art de Dentiste), et qui

pouvaient contribuer à aider la mastication des aliments, nous devons ajouter, comme nous l'avons dejà dit plus haut, que grâce aux dents postiches placées derrière la fausse lèvre très légère formée de deux petites feuilles de caoutchouc où l'air est renfermé avant vulcanisation, le mutilé peut presser contre elles, et goûter les aliments déjà triturés avec les molaires de droite.

Lorsque le blessé dont la plaie est aujourd'hui complètement cicatrisée doit manger, il enlève la pièce n° 3 (le suçoir salivaire), de façon à offrir un emplacement nécessaire au bol alimentaire, et mélange avec la salive qui ne se perd plus au dehors ; et contenue dans le réservoir de l'obturateur près des deux renflements où cette salive séjourne aussi pendant l'acte de la mastication ; les aliments qu'il appuie avec l'extrémité de sa langue contre la face postérieure des dents postiches, et disposées spécialement pour offrir une certaine résistance qui facilite la gustation, tandis que la lèvre postiche placée en élévation s'oppose à la sortie des aliments et contribue à rendre intellectuelle sa parole aux interlocuteurs.



4
Pièce dentaire placée à la mâchoire supérieure, *les pointillés* de droite et de gauche indiquent la place qu'occupent les molaires de la mâchoire inférieure pendant le travail de la mastication.

Voilà ce que nous avons fait pour aider aux mouvements de la langue et de la prononciation. Car en diminuant la vaste ouverture consécutive à l'ablation, en relevant la langue par un petit plancher mobile, disposé en suçoir au moyen des trois tubes aboutissant à l'extrémité linguale et plongeant dans le réservoir salivaire formé par la concavité de l'obturateur ; en rempla-

çant les dents qui manquaient aussi à la mâchoire supérieure, et en plaçant des dents artificielles à la pièce n° 2, nous sommes arrivé à un résultat aussi satisfaisant que possible sous le rapport de la netteté de l'expression de la voix.

Assurer la voûte palatine contre une déformation ogivale, progressive qui aurait pu rendre inutile ultérieurement les contre-dents, et préserver la muqueuse palatine et les gencives des pressions et des irritations consécutives aux mouvements élévatoires occasionnés par les dents intérieures.

Nous avons déjà dit comment la pièce n° 4, adhésive à la voûte du palais (et que nous présentons ici sur le plâtre n° 5), remplit toutes ces indications, en consolidant d'abord la mâchoire supérieure, et en protégeant ensuite la muqueuse palatine et la gencive de contact occasionné par les dents des deux branches du maxillaire inférieur.

Masquer autant que possible la mutilation. — L'appareil et l'élargissement de la face. — La pièce n° 1, le menton en argent servant de support solide, et de réservoir salivaire de sûreté au besoin, porte ce qui est aussi le plus simple et le plus naturel, une portion de barbe postiche se confondant avec les moustaches de la lèvre supérieure et les parties barbues très abondantes des deux joues; ce qui dissimule assez bien ce qu'il fallait corriger (il reste entendu que dans son village, le mutilé à supprimé cette fausse barbe qui ne lui était utile qu'à Paris, afin de soustraire le menton en argent à la curiosité des passants). Voilà le système prothétique trouvé par nous, et s'appliquant aux blessures similaires.

Comme exécution, il est à la portée de tout accident pouvant amener des changements, par suite même de la perte ultérieure des dents naturelles que possède encore le blessé; des modifications peuvent aussi survenir, nous nous sommes arrangé à en simplifier la fabrication pour que l'on puisse au besoin y suppléer en suivant, ou même encore en perfectionnant nos procédés opératoires.

Ce système est d'un mécanisme très simple comme application, il ne possède pas de ressorts métalliques ; tous les mois au plus, faut-il changer les allonges en caoutchouc fixées à la calotte.



RESTAURATION

On peut le démonter pièce à pièce très facilement, pour le nettoyer et le replacer sans difficulté, peut-être ces derniers avantages ne sont-ils pas les moindres.

Nous nous sommes toujours exercé dans ses sortes d'appareils à ne pas trop compliquer, ni enjoliver.

Nous espérons, en communiquant les détails précités, que cela pourra peut-être servir à l'histoire de la prothèse dentaire.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Par M. Ch. GODON.

1° De l'influence des attaques d'épilepsie sur les sécrétions normales; inhalation du formène. 2° Inhalation du chlorure de métylène et de perchlorure de carbone. 3° Toxicité et température. 4° Théïne caféïne et glucoside du boldo. 5° Sarcome facial. 6° Sur l'aluminium acetico-tartaricum et acetico-glycetinatum. 7° Du chlorhydrate de caféïne et gelsemide. 8° Action désinfectante des solutions aqueuses d'acide phénique. 9° De l'uranoplastie et de la staphiloraphie. 10° Appareils pour les fractures du maxillaire inférieur. 11° Ankylose de la mâchoire.

Académie des Sciences.

De l'influence des attaques d'épilepsie sur les sécrétions normales.

(Séance du 30 Mars 1885.)

M. Vulpian communique les résultats de ses recherches sur les troubles sécrétoires produits par des attaques d'épilepsie. Si chez le chien on vient à exciter la surface du gyrus, de façon à déterminer des phénomènes épileptiques, les différentes sécrétions subissent certaines modifications.

Il se produit une exagération de la sécrétion des glandes salivaires, mais pas immédiate. Il se produit le même fait dans le canal cholédoque pour la la sécrétion biliaire. Le pancréas n'est nullement intéressé; quant au rein, il y a un arrêt de la sécrétion urinaire qui ne reparaît que quand l'attaque a cessé.

Inhalation du formène. (Séance du 13 Août 1885.)

M. Vulpian présente une note de MM. J. Reynauld et Villejean sur l'inhalation du formène et du formène monochloré ou chlorure de méthyle.

Les expériences portent sur une série d'espèces animales, chiens, cobayes et lapins et qui ont donné les résultats suivants :

Le formène inhalé en même temps que l'oxygène dans certaines proportions ne donne lieu à aucun symptôme anesthésique. Les fonctions du système nerveux sensitif et moteur restent normales pendant toute la durée de l'inhalation et dans le temps qui la suit. Les propriétés du formène ne peuvent être assimilées à celles du protoxyde d'azote. L'inhalation du formène monochloré ou chlorure de méthyle mélangé d'air donne lieu à des phénomènes qui offrent une certaine analogie avec ceux du chloroforme.

L'élimination du chlorure de méthyle s'accomplit plus facilement que celle des autres dérivés chlorés du formène, comme le prouve la brièveté, la période de retour complet à l'état physiologique normal chez tous les animaux soumis à l'expérience.

Inhalations de chlorure de méthylène et de perchlorure de carbone.

(Séance du 27 Avril 1885).

MM. Reynaud et Villejean communiquent de nouvelles expériences dont voici les conclusions :

1° Le formène C^2H^4 mélangé à l'air ou à l'oxygène en proportions considérables, est dépourvu de toute propriété anesthésique ;

2° La substitution de 1, 2, 3, 4 équivalents de chlore à l'hydrogène dans le groupe C^2H^4 fait naître le pouvoir analgésique dans les quatre dérivés chlorés ;

3° Contrairement à l'opinion généralement reçue, les propriétés anesthésiques ne croissent pas d'une façon progressive avec ces substitutions. Les dérivés chlorés du formène manifestent une remarquable discontinuité et appartiennent à deux types physiologiques distincts, le type chloroforme qui comprend le formène monochloré, et le formène trichloré et le perchlorure de carbone qui comprend le formène bichloré et le formène tétrachloré.

4° Le formène monochloré agit sur le système nerveux comme une sorte de chloroforme atténué. Le formène bichloré exerce sur le cœur une influence analogue à celle du tétrachlorure de carbone, mais moins intense ;

5° Le premier type correspondant aux substitutions de 1 et de 3 équivalents de chlore est relativement inoffensif ; le second type correspondant aux substitutions de 2 et 4 équivalents de chlore est entièrement dangereux.

Société de Biologie.

Toxicité et température.

D'une note déposée par M. Laborde au nom de M. Ch. Richet, il résulte que la toxicité d'une substance augmente avec la température, surtout au point de vue de la destruction des microbes. Aussi, lorsqu'on ensemence une urine fraîche avec une urine putréfiée, si l'on ajoute 5 centigrammes de bichlorure de mercure à cette urine, qu'on en fasse deux parts, dont l'une est abandonnée à la température ambiante, tandis que l'autre est chauffée à 40°, on constate que c'est la seconde seule qui reste à l'abri des micro-organismes. La température constituerait donc un adjuvant de la toxicité.

Théïne, caféïne et glucoside du boldo.

M. Laborde a expérimenté la théïne et la caféïne comme succédanés, de la cocaïne, mais il n'a jamais obtenu par leur emploi, même en solution concentrée la moindre ànesthésie cornéenne.

Il n'en a pas été de même avec le *glucoside du bolda,* mis dans certaines conditions de dosage, cette substance produit une anesthésie oculaire très nette et tout à fait comparable à celle qui résulte de l'application de la cocaïne.

Société de Chirurgie.

Sarcome facial.

M. Horteloup présente à la séance du 22 Avril, le moule d'une femme à laquelle il a enlevé un volumineux sarcome facial. Le point de départ de ce sarcome était la boule graisseuse de Bichat.

Société Française d'Otologie et de Laryngologie.

SESSION ANNUELLE

Sur l'Aluminium acetico-tartaricum et acetico-glycetinatum.

M. Max Schaeffer (de Brême) signale à la séance du 4 avril 1885, l'aluminium tartaricum comme un *désinfectant* de premier ordre. Il l'a employé dans le traitement de l'ozène et en a obtenu les meilleurs résultats. Le docteur Lange s'en est également servi avec succès. Il emploie une solution au 1/5 dans les laryngites aiguës et constate tour à tour de la chaleur, de la sécheresse, puis une sécrétion abondante.

Du Chlorhydrate de Caféine et Gelsemine.

M. Baratoux a fait, il y a six mois, des essais avec le chlorhydrate de caféïne, mais la caféïne est bien inférieure à la cocaïne. Certains malades ont mal supporté des applications de chlorhydrate de caféïne au 1/10 sur des ulcérations tuberculeuses. Il engage ses confrères à essayer la gelsemine.

Quatorzième Congrès de la Société Allemande de Chirurgie

Tenu à Berlin du 8 au 11 Avril 1885.

—

Action désinfectante des solutions aqueuses d'acide phénique.

Séance du 9 Avril. — La septicemie étant liée à la formation de micro-organismes, on a cherché les moyens de les détruire, soit à l'aide d'agents chimiques ou thermiques. M. Gaertner (de l'office sanitaire impérial) s'est livré à une série d'expériences dans le but de déterminer l'espace de temps au bout duquel les désinfectants employés en chirurgie exercent leur influence, c'est-à-dire tuent les micro-organismes.

Il a soumis à ses recherches les coccus du pus, c'est-à-dire les staphylococcus pyogènes albus étaureus, le micrococcus prœdigrosus et tétragénus, les bacilles de la rate et du sang, de la fièvre typhoïde, de la morve, et de la diphtérie, et quelques autres.

Il a fait agir sur des cultures pures de chacune de ces espèces de champignons cultivées sur de la gélatine nourricière, des solutions aqueuses d'acide phenique de 1, 2 et 3 0/0 et aussi une solution de chlorure de mercure de 1 0/00 pendant des espaces de temps différents.

Il est arrivé à des conclusions dont nous extrayons les suivantes :

Tous les micro-organismes que nous connaissons furent tués par l'action d'une solution d'acide phénique continuée pendant 15 à 60 secondes ; quant à la désinfection de la peau de l'opérateur et de l'opéré et des divers instruments dont on a besoin, il conclut après une série d'expériences que le lavage à l'eau seule et à l'eau de savon ne suffit pas et que pour obtenir une désinfection suffisante des mains, des instruments, etc., il est indispensable de se servir d'une solution aqueuse d'acide phénique à 3 0/0 pendant 20 secondes au moins.

Donc une solution d'acide phénique à 3 0/0 tue tous les micro-organismes connus, seulement il faut avoir soin de mettre tous les micro-organismes en contact avec le désinfectant.

De l'uranoplastie et de la staphiloraphie.

Séance du 10 Avril. — Une discussion intéressante a eu lieu sur l'uranoplastie et le staphyloraphie.

M. Julius Wolff (de Berlin) présente deux malades qu'il a opérés. Il réunit habituellement le palais divisé et fait porter aux opérés un obturateur de caoutchouc mou, vulcanisé construit par le dentiste Schiltstry de Berlin. Cet obturateur permet de parler convenablement à la condition de donner à la langue un enseignement très soigneux, mais il a, paraît-il, l'inconvénient de coûter assez cher, 200 à 250 marcks (250 à 310).

Plusieurs membres préconisent les exercices de langage et de n'essayer l'emploi de l'obturateur qu'en cas d'insuccès.

M. Von Langenbeck conseille d'employer aussi l'électricité, dans les cas où les muscles palatins ne sont pas assez développés et où le voile du palais reste immobile pour cette raison.

M. Von Winswarter (de Liège) recommande à côté des exercices méthodiques de langage, *le massage* des muscles des lèvres et du pharynx. Il a obtenu par ce procédé d'excellents résultats sans obturateur.

Appareil pour les fractures du maxillaire inférieur.

M. Rudolphe (de New-Strelitz) présente un appareil pour les fractures du maxillaire inférieur. L'éclisse sur laquelle appuie l'os fracturé est fixée à une plaque que le malade porte au palais (comme la plaque d'un ratelier).

M. Lauer (de Berlin) a construit un appareil très simple en fil d'acier. Placé dans un cas où les extrémités fracturées étaient déplacées, et lorsque la fracture existait déjà depuis six semaines, il y eut une consolidation parfaite.

Ankylose de la mâchoire. — Résection ; guérison.

M. Kanke (de Groningen) a depuis sept années traité cinq cas d'ankyloses et en a opéré trois.

Un jeune garçon de dix ans, eut, il y a six ans, une suppuration de l'oreille interne. Celle-ci se termina par une ankylose de l'articulation tempora-maxillaire. Il fit l'opération suivante : l'apophyse coronoïde et l'apophyse articulaire furent enlevés au même niveau.

La guérison se fit par réunion immédiate et, aujourd'hui, ce garçon peut casser des noix avec ses dents.

REVUE DE L'ÉTRANGER.

Rapport supplémentaire sur le traitement de la pyorrhée alvéolaire avec des notes sur l'Eugénol et l'huile Sanitas

par A. W. HARLAN,

Président de la 24e session annuelle de l'Association dentaire américaine.

Traduit par M. Barrié.

Beaucoup de membres de la profession paraissent confondre avec la pyorrhée alvéolaire, des dépôts salivaires sur les incisives inférieures ou de semblables dépôts sur les surfaces linguales, palatines et buccales de molaires ; il paraît nécessaire de rétablir ce fait notoire pour tous les observateurs, que les concrétions salivaires sont seulement à un faible degré, la cause de la pyorrhée, ou associées avec elle, excepté de la manière dont je fais allusion plus loin.

Dans plusieurs cas, à la période du début, un examen attentif démontre le fait, qu'il y a seulement un léger retrait des gencives autour des dents affectées ; dans d'autres, il n'y en a pas. — Dans les cas reconnus exister depuis longtemps, on peut observer un affaissement de la gencive qui entoure le collet de la dent dans les interstices, avec tendance à saigner au moindre attouchement, principalement entre les molaires et les bicuspides. Dans tous les cas où la décharge de pus est abondante par la pression, on observe le plus ou moins de perte de substance osseuse environnant la racine de la dent, sa ligne de contour symétrique disparaissant irrégulièrement — ceci variant selon la profondeur des poches. — Où le bord est plus mince normalement, on trouvera une destruction de l'os plus étendue.

La pyorrhée n'est pas une maladie de la vieillesse alvéolaire pas plus qu'une maladie de l'enfance ou de l'âge moyen. Je l'ai vue au moins une fois vers la 9e année et plusieurs fois avant la 16e année. — De tous les cas de vraie pyorrhée alvéolaire reconnus à cette époque, je suis incapable de dire à quelle période de la vie elle est la plus fréquente. — Mon expérience personnelle m'a conduit à penser que c'est entre 25 et 45 ans que l'on trouve le plus de cas. — L'extraction ignorante et sans jugement des dents par des dentistes incompétents — la négligence de consulter un homme de l'art au moment favorable ; l'insouciance des malades, d'autres causes qu'il est inutile d'énumérer, tout contribue à empêcher d'arriver à la vérité. — C'est à l'avenir que nous établirons la statistique pour l'âge, le sexe et les conditions de santé générale, les dents qui en sont plus particulièrement affectées. — Ceux qui emploient le tabac ne sont pas moins sujets à en souffrir que ceux qui ne l'emploient pas. Les cas les plus graves que j'ai vus sont ceux qui n'avaient jamais usé de tabac. — Les dents qui ont une longue couronne, dents effilées, dents avec petits collets et dents qui ont été séparées avec les limes ou disque, sans être ensuite soignées, dents généralement franches de caries ; dents de ceux qui respirent par la bouche, sont les plus sujettes à cette affection. — Les dents qui ont perdu de bonne heure leurs antagonistes ne sont pas souvent affectées. — Après que

la maladie s'est manifestée, les dents quoique régulières et normales dans leur apparence, changent de position, sont tordues dans leurs alvéoles, s'inclinent latéralement, se projettent en avant sur la lèvre inférieure (incisives centrales et latérales). Les dents peuvent se croiser en montant l'une sur l'autre, ou une dent poussée en dehors de l'arcade dentaire. Il est impossible de décrire sans prendre trop d'espace, combien de déviations de position ont été observées.

On peut réitérer le fait que la vaste majorité des cas de pyorrhée alvéolaire ne sont pas compliqués par les dépôts salivaires. — Les vues de l'auteur de l'article sont appuyées par des observateurs tels que Black, Injersoll Witzel, Walker et autres, qui sont reconnus comme des autorités.

J'ai vu dans un certain nombre de cas des dépôts salivaires sur les incisives inférieures et sur les surfaces buccales des molaires supérieures, encore les autres dents furent trouvées franches de ces incrustations et jusqu'à ce que le patient souffrit de la vraie pyorrhée.

Plusieurs cas ont montré une tendance aux dépôts salivaires sur certaines dents pendant le cours du traitement. — Le dentiste qui n'a pas l'habitude d'examiner et d'observer ces cas, sera fréquemment déçu par l'apparence des gencives, comme beaucoup de cas ne présentent pas un bord gingival inflammé ou épaissi. — Quelques cas se sont vus où le ligament dentaire a complètement perdu son adhérence avec le collet de la dent, et quelques-uns où les gencives ont une apparence pâle et molle. — On voit beaucoup de cas où la gencive a une couleur pourpre, d'ombres variées, correspondant à la ligne de contour de la poche située au-dessous. — On peut voir les poches sur les surfaces labiales des dents antérieures avant que la destruction de l'alvéole ait commencé. — Cet exposé est basé sur l'examen des cas reconnus être à leur point de départ. — L'auteur du présent article ne désirant pas prolonger sans nécessité ce résumé renvoie les lecteurs intéressés aux ouvrages ci-dessous mentionnés.

L. C. Injersoll, ulcération alvéolaire. — *Witzel, infections alvéoletis* — *Harlan, dental cosmos, octobre* 1883. — *Mills,*

dental cosmos, 1879. — *G. V. Black.* — *Phagedaena péricementitis.*

Je ne prétends pas discuter les causes de la pyorrhée maintenant, plus tard, je puis avoir quelque chose à communiquer à ce sujet.

Traitement.

Instruments. — L'expérience a montré la nécessité de posséder 3 sondes d'une délicatesse extrême pour examiner les poches. 1° Pour examiner leur profondeur et leur largeur, 2° pour découvrir les dépôts séreux sur les racines, 3° pour découvrir l'état des bords alvéolaires. Les sondes auraient une pointe tout à fait unie, de manière à ne pas lacérer ou blesser la gencive avant de les employer, la bouche devra être nettoyée avec soin en seringuant avec de l'eau tiède, et les gencives séchées avec du papier joseph et de l'amadou. Quand l'état des gencives et des alvéoles a été établi, la manière de procéder doit être déterminée. Quand il y a des dépôts salivaires, ils doivent être enlevés à la 1re séance, et le patient nanti de la solution suivante :

Pin du Canada (blanc). . . .	12 gr.
Eau de rose , ...	84 gr.
Eugénol, ...	2 gr.

Employer pendant six jours et trois fois par jour de cette solution sur une brosse en blaireau.

S'il y a plus de quatres dents affectées, comme règle, je n'essaye pas d'enlever les dépôts séreux de toutes en une seule séance, mais je donne un second rendez-vous quatre jours après, j'en donne ainsi espacés de quatre jours, jusqu'à ce que toutes les dents soient entièrement traitées.

Les instruments qui me plaisent le mieux pour enlever les dépôts séreux, sont ceux de Cushing fabriqués par S. S. White. J'ai ajouté quelques autres à ma collection, de sorte qu'avec 10 ou 13 instruments, je suis suffisamment monté pour enlever les dépôts sur les racines des dents ou à l'endroit où elles bifurquent le plus, 2 ou 3 petits excavateurs en forme de cuillères

pour exciser les bords alvéolaires, — quand les dents sont espacées, on peut employer des instruments de gros calibre. Une seringue hypodermique ordinaire avec une canule appropriée est aussi nécessaire. On doit avoir des canules de 3 angles différents en addition à une droite, elles ne devront pas être trop pointues.

J'emploie une seringue pour injecter $H^2 O^2$ (eau oxygénée) exclusivement — 2 seringues suffisent.

Les poches sont injectées avec $H^2 O^2$, immédiatement après l'enlèvement des dépôts, et l'excision des bords alvéolaires; du péroxyde d'hydrogène garanti pur doit être employé — on le gardera dans un endroit sombre et frais, dans une bouteille en verre, bouchée et recouverte de papier bleu sombre.

Une once est tout ce qu'il est nécessaire de garder dans le cas d'emploi journalier. Immédiatement après l'injection $H^2 O^2$, j'emploie presque exclusivement de l'iodure de zinc en solution dans l'eau à 10 0/0 — commençant avec la plus forte solution dans les cas les plus graves, en injectant 2 à 4 gouttes dans chaque poche et diminuant graduellement la force jusqu'à la cessation du traitement. — J'ai employé l'eugénol et de l'huile sanitas, très dilué avec l'huile de Wintergreen ou de safran, à la place de $Z^n I^2$. — Je conseille au patient de s'abstenir de brosser les gencives avec une brosse dure, de ne pas toucher avec les doigts ou de les presser pendant le traitement.

Je ne continue pas l'emploi du pin du Canada, quand je commence le traitement des poches. — Les dents branlantes sont reliées ensemble et maintenues avec un fil d'or, d'argent ou de platine. — Le patient, au début, doit venir une fois tous les quatre jours quand on emploie le traitement général, lequel est rarement nécessaire, on emploie un traitement approprié selon la nécessité du cas. On ne continue pas l'injection de $H^2 O^2$, quand la suppuration a cessé.

Je prescris fréquemment à ce moment l'emploi d'une dentifrice sous forme de pâte, comme suit :

Chaux précipitée	â â.
Poudre racine d'iris	48 gr.

Savon blanc de Castille. . . . â â.
Poudre de borax . . . . 12 gr.
Myrrhe. . . . . 8 gr.
Miel et glycérine Q. S. pour faire une pâte molle.
Œillet couleur rose.

Parfumer comme il convient.

S'en servir après le déjeuner sur une brosse pas trop dure, sans la mouiller dans l'eau. — J'additionne à la prescription 40 gouttes d'eugénol, si on le juge nécessaire — généralement on trouvera que c'est une addition profitable au traitement. — Après la 4e ou 5e visite, l'espace entre les rendez-vous peut être porté à une semaine, puis 10 jours, et finalement 2 semaines. Comme je l'ai fait observer ailleurs, dans tous les cas où le phénomène douleur est associé à la pyorrhée, on fait une pâte d'iodoforme en additionnant de l'huile de Cinnamon ou d'eugénol jusqu'à consistance de crème épaisse, c'est un excellent anesthésique. — On introduit cette pâte dans les poches, et on prie le client de revenir 3 ou 4 jours après. — J'ai eu également de bons résultats dans les cas de douleur, en employant des injections de solutions légères de chlorure d'aluminium — 1/2 à 1 p. 0/0 dans l'eau, aussitôt que l'inflammation s'est montrée, ou cesse.

Je ne doute pas qu'il y ait d'autres remèdes également utiles à ce stage de la pyorrhée (iodo-chlorure de zinc, chinoline), une solution saturée d'iode dans la créosote de hêtre, iodoforme et eucalyptus, dilués dans une solution alcoolisée de menthe. — Cependant, après un long et persistant usage, je donne la préférence aux médicaments premièrement mentionnés. — Pendant la période du traitement consécutif de ces cas, le patient doit garder sa bouche scrupuleusement propre, et pratiquer les règles hygiéniques avec attention.

Le praticien qui désire réussir dans la cure de cette maladie, doit être un chirurgien héroïque et un fervent thérapeutiste. S'il manque d'enthousiasme, ne faisant pas le travail avec conviction et en négligeant d'imprimer chez son malade, l'absolue nécessité de suivre strictement ses recommandations, il échouera. Qu'il croie à son traitement, qu'il le propose,

entièrement persuadé de son importance, faisant face avec patience à tous les obstacles, ne négligeant rien d'essentiel, le succès couronnera ses efforts.

Eugénol et l huile Sanitas.

L'eugénol est connu dans les dispensaires et par les chimistes sous le nom d'acide eugenic. On le prépare en décomposant de l'eugenate de potassium avec de l'acide sulfurique, et est ensuite rectifié, quand on a obtenu une huile sans couleur, son poids spécifique est 1,076 — il a une odeur d'huile de girofle mais plus intense, et possède un goût piquant et pénétrant. — La composition chimique est $C^{10} H^{12} O^2$. — Il n'est pas décomposé aux températures ordinaires, et n'a pas une tendance à devenir plus épais par son exposition à l'air. — Il peut être dilué dans l'eau, laquelle est préférable, ou avec l'alcool, son action comme parasiticide est plus stable dans une solution aqueuse.

Quand l'eugénol est appliqué sur une pulpe exposée ou près de l'être, la douleur qui résulte de son exposition est grandement diminuée et fréquemment cesse après une ou deux minutes. — Si la cavité a été nettoyée avec une solution de borate de soude avant son application, c'est probablement le meilleur pansement pour une pulpe légèrement enflammée ou congestionnée que nous possédons, sans excepter les pâtes iodoformées variées.

On peut l'injecter à travers un trajet fistuleux, la racine fait de nouveau corps avec son alvéole, dans tous les cas d'abcès de formation récente, il n'y a pas besoin d'autre traitement ; mais ce serait intempestif de boucher complètement la racine.

J'en ai injecté deux gouttes dans l'intérieur d'un épulis, et en trois semaines, l'épulis avait disparu. — Comme pansement pour les canaux dentaires aussitôt après l'extraction des débris pulpaires, il rendra sans effet tous les coagulateurs puissants de l'albumine. Dilué dans l'eau 1 partie d'eugénol et 1,000 d'eau, il constitue une préparation agréable pour l'injection des poches de la pyorrhée, avec des précautions, on peut l'injecter pure dans un abcès à simple ouverture, après qu'il a été nettoyé par l'emploi de $H^2 O^2$.

Dans ce cas, le canal de la racine sera bouché lâchement avec un coton saturé de cette substance. L'eugénol pur coagule l'albumine. — C'est un puissant germicide.

L'huile sanitas est obtenue par l'oxydation de l'huile de turpentine flottant sur l'eau, en dirigeant un jet de flamme sur sa surface. Il contient de l'acide camphorique et du péroxyde d'hydrogène.

L'huile possède des pouvoirs oxydants équivalents à dix volumes de la solution $H^2 O^2$. — Nous avons dans ce produit un germicide de premier rang, combiné avec une huile volatile laquelle est désinfectante, antiseptique et n'a rien du toxique. — Elle n'est pas irritante et a une odeur similaire au pin nouveau, laquelle n'est pas désagréable. L'odeur peut être masquée, en l'additionnant avec de l'huile, soit de gaulthérine de Cinnamon de safran. — L'eugénol ou l'eucalyptus ne déguiseront pas l'odeur, excepté s'ils sont en plus grand volume que la sanitas oil.

On l'a employée pour injecter les poches de la pyorrhée, dans le traitement des abcès alvéolaires non fistuleux et comme un ingrédient dans les lavages de bouche ; pour pansements d'ulcères de mauvaise nature, les blessures, les maladies de la gorge à forme ulcérative, pour pansements des pulpes exposées et en injections pour les abcès de l'autre d'Higmore. — Elle est soluble dans l'alcool et l'éther et quelques huiles essentielles. — L'emploi que j'en ai fait s'est borné à seize cas de formes variées d'abcès alvéolaires et je l'ai employée d'une manière restreinte dans la liste des maladies mentionnées ci-dessus.

FRACTURE COMPLIQUÉE.

Le Dr Belisario dit : qu'il lui était donné de faire connaître à la Société les détails d'un cas très intéressant, et pour lequel on lui avait demandé ses soins, l'année dernière, à Sydney. Le cas consistait en une dislocation partielle des deux incisives centrales et de l'incisive gauche latérale, avec fracture transversale de la droite latérale, qui était cassée de part en part, et autant qu'il en avait pu juger, vers le milieu de la

dent ; le fait le plus saillant de ce cas était que les parties brisées s'unirent parfaitement.

M. C..., âgé de vingt-sept ans, retournait chez lui tard le soir ; il conduisait une petite voiture et marchait assez rapidement lorsque son cheval fit un faux pas et tomba. M. C... fut lancé violemment hors de la voiture et se frappa la figure contre le tronc d'un arbre, se déchirant la main dans l'effort qu'il faisait pour amortir sa chute. Il rentra à la maison avec beaucoup de difficulté, bouleversé et meurtri, et envoya aussitôt chercher son médecin, qui lui conseilla de me voir dès que le matin serait venu. Cependant je ne pouvais pas arriver avant midi (le 3 Mai 1883). Je trouvais le malade en proie à de grandes souffrances, la figure et les lèvres très gonflées, et les gencives fortement congestionnées. Après avoir examiné la bouche, ce qui n'était pas chose facile, vu l'affreuse douleur occasionnée par le plus léger attouchement. Je constatais les deux incisives centrales et la gauche latérale déplacées et très ébranlées ; les alvéoles baignaient dans le pus. L'incisive droite latérale se trouvait fracturée transversalement, le crépitus pouvait être distinctement aperçu, et le moindre attouchement causait des douleurs atroces, probablement en conséquence de la partie fracturée lorsqu'on la remuait, frappant contre le nerf.

M. Belisario pense qu'il vaudrait bien la peine d'essayer s'il y avait possibilité de sonder ces parties brisées, quoique sachant bien qu'un pareil résultat est extrêmement rare. Le traitement qu'il employa fut très simple : il replaça les incisives à moitié arrachées dans leur position normale, fit un bâillon en gutta-percha pour couvrir deux molaires inférieures, l'appliqua et fit un moulage de la mâchoire inférieure. Il ordonna qu'une forte décoction de pavots fût constamment tenue dans la bouche, aussi chaude qu'on pouvait la supporter ; et il défendit au malade de prendre aucune nourriture solide.

A sa visite du lendemain, il trouva le gonflement légèrement réduit et le malade souffrant moins. Il appliqua une plaque en or qu'il avait apprêtée pour couvrir les deux molaires gauches inférieures ; la deuxième bicuspide manquant, la première

bicuspide avec la première molaire étaient utilisées comme points d'appui. Le bâillon qui avait été confectionné de façon à empêcher les deux mâchoires de se rapprocher de trop près, fut ajusté sans difficulté et ne produisit pas autant d'inconvénient qu'on aurait pu s'y attendre. Le 5 Mai l'enflure diminuait et il y avait moins de suintement de pus; les incisives se maintenaient en position, mais il y avait la même douleur intense en touchant la dent brisée. Le 8 Mai, l'enflure et l'inflammation décroissaient rapidement et il y avait à peine quelque décharge (de pus) des gencives. Les fomentations de pavots furent discontinuées, et il fut ordonné au malade de se laver la bouche plusieurs fois par jour avec une solution de quatre à dix parties pour mille du phénol sodique. On lui fit comprendre qu'il ne fallait toucher, ni déranger aucunement la dent brisée, car en cela, consistait son unique chance de guérison; donc la continuation d'un régime mou pendant quelque temps était essentielle : à cela il consentit.

Le Dr Belisario le vit de nouveau le 16; le gonflement avait alors complètement disparu; les dents qui avaient été déplacées se trouvaient en bonne position et paraissaient se porter très bien. L'attouchement causait moins de souffrance par l'incisive droite latérale. On ordonna la continuation du phénol sodique et il était nécessaire d'agrandir un peu les plaques, les mâchoires s'étant trop rapprochées. Le bâillon fut constamment porté, étant seulement retiré de temps à autre afin de le nettoyer.

Deux jours plus tard le Dr Belisario reçut une lettre de son malade, disant qu'il était obligé d'aller dans l'intérieur du pays pour affaires urgentes et il se pourrait qu'il ne revînt pas avant deux ou trois mois, et il ajoutait qu'il aurait bien soin de ne pas toucher à ses dents et de ne pas s'en servir.

Trois mois plus tard, la femme de ce jeune homme revint à Sydney et passa chez le docteur B..., pour lui dire que les dents de son mari étaient tout à fait fermes, et qu'il pouvait s'en servir parfaitement. Un peu avant de quitter Sidney, le docteur B... vit le jeune homme lui-même. Les trois incisives qui avaient été déplacées étaient en position et complètement fermes dans leurs alvéoles; la dent fracturée était entière-

ment remise, et, s'il était possible, plus solide que les autres incisives. La percussion ne produisait aucune irritation, et la couleur des dents était parfaitement naturelle; évidemment toutes les pulpes étaient vivantes.

Le trait intéressant dans ce cas était l'union indissoluble des parties brisées ; les premiers jours, les fragments pouvaient être librement réunis, et le bruit qu'ils faisaient en frappant l'un contre l'autre, distinctement entendu. Le Dr Belisario ajouta que, d'après son avis, la nature, le repos, et les soins que le malade avait reçus (chez lui) avaient plus à faire avec l'issue favorable du cas que tout ce qu'il pourrait réclamer pour sa part dans la guérison.

M. J. S. Hutchinson dit qu'il donnait ses soins en ce moment à une dame qui avait eu un accident analogue à celui décrit par le Dr Bélisario, mais il était fâché de dire que le résultat était loin d'être aussi satisfaisant. La malade s'était fracturée son incisive droite supérieure centrale par une chute. Elle prétendait qu'elle entendait parfaitement le petit bruit causé par l'entre-choc des deux fragments, mais lui, M. Hutchinson, n'avait pas pu s'assurer de ce fait. Malheureusement la personne en question n'était pas venue demander des conseils avant qu'un espace de temps considérable fût écoulé, et seulement lorsqu'elle fut alarmée en voyant la dent devenir noire. Comme la pulpe était évidemment morte, M. Hutchinson ouvrit la cavité et l'en retira : la dent était très douloureuse, et il y avait une périostite, qui s'améliora bientôt, par l'application de sangsues et l'usage de fomentations. La dent restait plus longue que son homologue, et le résultat définitif du cas devait être considéré comme douteuse.

(Société Odontologique de la Grande-Bretagne.)

BIBLIOGRAPHIE

LES ODEURS DU CORPS HUMAIN DANS L'ÉTAT DE SANTÉ ET DANS L'ÉTAT DE MALADIE

par le Dr E. MONIN.

L'éditeur Carré, 112, boulevard Saint-Germain, met en

vente cet ouvrage qui aura un vif succès de curiosité et un retentissement certain dans le corps médical :

Dans son livre, l'auteur réhabilite pleinement le sens de l'odorat, si négligé de nos jours, et montre quelle utilité pratique la médecine peut en tirer pour la connaissance des maladies, leur diagnostic, leur pronostic et leur traitement. C'est un chapitre entièrement neuf et bien original à ajouter à tous les traités médicaux. Le sujet intéresse tous ceux qui ont à cœur les progrès de l'art de guérir : pour bien démontrer la valeur hors pair de l'œuvre entreprise, la Société de médecine pratique a, du reste, décerné à l'auteur son grand prix biennal pour 1885.

Tout un long chapitre, dont nos lecteurs pourront faire leur profit, est consacré à l'HALEINE BUCCALE.

L'auteur insiste particulièrement sur cette esquisse séméiologique, qui n'a jamais été tentée jusqu'ici. Il montre les conséquences pratiques et thérapeutiques qui s'en dégagent.

La question atteint parfois, dit-il, une importance sociologique : certaines législations (Espagne, États-Unis) admettent, comme cause de divorce et de séparation, la stomatodysodie.

On comprend que les limites de notre journal ne nous permettront pas de reproduire ce chapitre en entier, mais il est facile de se rendre compte de son importance, en parcourant le tableau suivant qui résume l'étude de l'*haleine buccale*.

RÉSUMÉ DE L'HALEINE BUCCALE.

Odeur normale modifiée par	L'âge du sujet. L'instant de la journée où l'on observe. Les *ingesta* alimentaires ou médicamenteux. L'époque menstruelle.
Haleine dans les maladies générales ou totius substantive	Haleine *dite* fébrile. Haleine des fièvres typhoïde, hectique, puerpérale, délire aigu, dyssenterie, choléra, etc. Haleine dans les phlegmasies (pneumonie). Haleine dans la gangrène. Haleine dans les toxemies (S. Hg. I. Cl. $C^4 H^6 O^2$, etc. Haleine dans le diabète (acétonémie). Haleine dans l'urémie.
Haleine dans les maladies du tube digestif	Abcès du foie, ictère grave. Gastrites et dyspepsie. Constipation, entérites. Ascurides infantiles.

Haleine dans les affections respiratoires	Cancer du larynx, laryngites ulcéreuses. Phtisie, hémoptysie. Apoplexie, hémorrhagies pulmonaires. Gangrène du poumon. Bronchorrhée.
Haleine dans les maladies de l'appareil buccal	Altération du mucus et de la salive. Catarrhe buccal, gingivites. Stomatites aiguë et chronique, de l'inanition, de l'hydrargirisme et du saturnisme, du scorbut, etc., ulcéro-membraneuse. Angines (amygdalité phlegme, diphtérie et gangrène). Odontopathies (carie dentaire, pulpites, etc.

Enfin, l'on se fera une idée complète de l'intéressant travail du Dr E. Monin, d'après les titres des chapitres :

PROLÉGOMÈNES.

I. — L'odeur de la peau et de ses annexes.
II. — L'odeur de l'haleine. — Haleine nasale. — Haleine buccale.
III. — L'odeur des crachats.
IV. — L'odeur des vomissements et éructations.
V. — L'odeur des matières fécales et des gaz intestinaux. — Odeur pathologique des selles.
VI. — L'odeur de l'urine.
VII. — L'odeur des organes génitaux de la femme.
VIII. — L'odeur de la purulence et de la gangrène. — Gangrène.

Nous sommes assuré que cet aperçu suffira pour recommander l'ouvrage et nous espérons que nos lecteurs le liront avec un plaisir égal à celui que nous avons éprouvé en le lisant.

Dr A. AUBEAU.

Manuel de Chirurgie et de Pathologie dentaires, *par Alfred Coleman, ancien chirurgien dentiste et professeur de chirurgie dentaire à St-Bartholomew's Hospital, ancien chirurgien dentiste et professeur de chirurgie dentaire a The Dental Hospital de Londres, membre du bureau des examinateurs en chirurgie dentaire au Collège royal des chirurgiens, ancien président de la Société Odontologique de la Grande Bretagne, Traduction du Dr Darin. Paris, Ash et fils* 1885.

Comme ses titres l'indiquent, l'auteur du manuel de chirurgie et de pathologie dentaires n'est pas le premier venu, les

preuves d'estime de ses collègues, du gouvernement de son pays, ne lui ont pas manqué et son œuvre est doublement intéressante à connaître, pour le livre lui-même, pour mesurer l'étiage de la pratique et de la science chez nos voisins de l'autre côté du détroit.

L'œuvre de M. Coleman a de grandes qualités, l'exposition en est claire et pour les praticiens débutants, le service sera considérable ; ils y puiseront une initiation des notions indispensables pour la pratique de leur art. La compétence toute spéciale de l'auteur en matière d'extractions avec ou sans anesthésie, l'a amené à s'étendre peut-être plus qu'il ne fallait sur cette partie de la dentisterie opératoire. Le traitement de la carie dentaire méritait, pensons-nous, une place plus étendue comparativement à l'importance des autres chapitres.

Au point de vue thérapeutique, nous signalerons quelques idées hétérodoxes qui, au moins, auraient eu besoin de démonstrations et de preuves.

« *Aux cas où l'on trouve la pulpe mise à nu dans une molaire,*
« *par exemple, d'une couleur lie de vin et bourgeonnant quelquefois*
« *jusque dans la cavité de la carie, au delà de la cavité pulpaire;*
« *c'est la première phase de ce qu'on appelle le polype de la pulpe*
« *et, dans ces conditions, il est rare que l'on réussisse dans les*
« *tentatives de conservation par l'acide phénique, tandis que la*
« *destruction à l'aide de l'acide arsénieux est souvent longue et*
« *incertaine. Après avoir excisé l'ivoire ramolli et achevé la*
« *préparation de la cavité, on atténue la sensibilité de la pulpe*
« *exposée avec de l'acide phénique et l'on applique sur elle un petit*
« *disque de carton, dépassant le diamètre de la partie mise à nu*
« *et bien humectée d'acide nitrique concentré, puis on le maintient*
« *en place environ une demi-minute; le sujet souffre quelquefois*
« *un peu, mais la douleur ne tarde guère à se dissiper. On*
« *remplace alors ce disque par une coiffe de papier épais, humecté*
« *d'acide phénique, et si l'on doit aurifier la dent, on place par*
« *dessus une seconde coiffe de métal, dont la concavité est tournée*
« *du côté de la pulpe, pour protéger celle-ci contre toute pression.*
« *Il ne reste plus qu'à terminer l'obturation comme si la pulpe*
« *n'était pas à découvert.* »

On a préconisé bien souvent la non-destruction de la pulpe

exposée et malade, les défenseurs de cette pratique prétendent qu'elle est heureuse et assure nombre de succès. Malgré cela elle ne peut s'imposer et beaucoup d'entre nous n'y voient qu'un moyen palliatif.

M. Coleman aurait dû prendre le taureau par les cornes et établir expérimentalement dans l'École où il a enseigné qu'une pulpe qui a été exposée, malade pendant des mois, qui a subi les transformations anatomiques que la présence d'une tumeur pulpaire décèle, qu'une dent dont les fibriles dentinaires ont perdu toute vitalité, ce que démontre l'insensibilité de la dentine et le changement de coloration, que cette dent, que cette pulpe peuvent revenir à l'état de santé après l'application d'un escharotique sans avoir pris même la précaution d'enlever ou de laisser éliminer l'eschare. La méthode de Witzel prenait au moins cette précaution.

Le problème reste entier et puisque le traitement conservateur de la pulpe malade a échoué dans les mains des plus habiles, ceux qui le préconisent doivent l'appuyer d'observations et d'expériences contrôlables.

Les mêmes remarques naissent dans l'esprit du lecteur quand on voit conseiller l'application de l'acide arsénieux dans les dents où la pulpe s'est mortifiée.

« *Mais il peut arriver que les canaux radiculaires soient*
« *remplis de liquides puriformes, l'ivoire étant lui même ramolli*
« *et d'une odeur repoussante; il est rare qu'alors il n'existe pas une*
« *irritation périostique, provoquée par la présence de substance*
« *septique*

« *On avait l'habitude de traiter les cas de ce genre par des*
« *applications répétées de puissants anti-septiques, tels que l'acide*
« *phénique et la créosote, seuls ou mélangés de teinture d'iode;*
« *mais, depuis quelques années nous avons employé l'acide arsé-*
« *nieux qui, avec un seul pansement nous a donné des résultats*
« *plus certains qu'on n'en obtenait avec dix ou vingt applications*
« *des agents ci-dessus; après avoir préparé la cavité, nous la*
« *détergeons au moyen de l'acide phénique et nous appliquons*
« *l'arsenic, exactement comme s'il s'agissait de détruire la pulpe*
« *sur l'orifice ou les orifices des canaux radiculaires.* »

L'auteur conseille ensuite l'obturation provisoire immédiate sans remplir les canaux dentaires.

Il est grave, pour qui sert d'exemple, d'enseigner une pratique relachée. Nous pensons que M. Coleman ne l'a pas fait sans des raisons sérieuses et après avoir fait des expériences décisives. Nous regrettons de ne pas les connaître, l'auteur n'ayant rien dit comme justification de ses affirmations, n'ayant même pas indiqué les sources où les puiser. Cela n'était pas de trop pour justifier un système opératoire assez hardi pour aurifier séance tenante des dents à pulpe malade, ainsi que l'obturation des dents à pulpe mortifiée et ayant leur périoste malade.

Dans les autres parties du livre, l'auteur présente sous une forme concise et claire des indications thérapeutiques, des règles de pratique que nous trouvons excellentes.

M. le Dr Darin qui a déjà enrichi la bibliothèque du dentiste français d'excellentes traductions, a voulu nous faire connaître l'œuvre de M. Coleman; il l'a fait avec une compétence toute spéciale, résultats de ses travaux antérieurs.

Paul DUBOIS.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

Par le Dr Th. David.

1° Emploi de la solution du chloral comme désinfectant et comme topique dans les plaies de la bouche. — 2° Traitement des ulcérations buccales. — 3° Solution contre la stomatite mercurielle. — 4° Solution hémostatique. — 5° Bons effets de la quinoline dans le traitement de la gangrène de la pulpe dentaire. — 6° De l'obturation des cavités dentaires au moyen de fragments de dents artificielles.

Emploi de la solution de chloral comme désinfectant et comme topique dans les plaies de la bouche. — M. le Dr Périer emploie, à l'hôpital Saint-Antoine, la solution aqueuse de chloral pour combattre les inflammations buccales ou pour prévenir les accidents qui succèdent aux traumatismes intéressant la bouche.

Dans les plaies, soit accidentelles, soit chirurgicales, de la

cavité buccale, il prescrit toutes les deux heures un lavage ou un rinçage avec la solution de chloral à 1/100.

De cette façon l'élimination des parties mortifiées se fait sans accident, l'inflammation et la douleur diminuent rapidement, et l'odeur horrible des suppurations buccales est complètement supprimée.

Les accidents inflammatoires et les contractures qui accompagnent quelquefois l'éruption de la dent de sagesse sont soulagés rapidement par les lavages et gargarismes de solution de chloral.

(*Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 1884, p. 15.)

Traitement des ulcérations buccales (Hiller).

R.	Tartrate de quinoline	1 gr. 50
	Essence de menthe	0 gr. 05
	Alcool rectifié	20 gr.
	Eau distillée	140 gr.

M. S. A. à employer avec 5 ou 8 fois son volume d'eau.

Solution contre la stomatite mercurielle. — H. Zeissl.

Teinture d'iode	4	grammes
Hydrolat de cannelle	50	—
Sirop de cannelle	20	—
Eau distillée	250	—

Mêlez. — Pour rincer la bouche, dans le cas de stomatite mercurielle avec salivation abondante. — Si l'haleine est fétide, on peut remplacer cette solution par le mélange suivant :

Eau chlorée	10	grammes
Décoction de guimauve . . .	300	—
Miel rosat	40	—

(*Union Médicale.*)

Solution hémostatique. — Monsel.

Acide tannique	1 gr. 25 cent.
Sulfate d'alumine et de potasse	2 — 50 —
Hydrolat de roses	90 grammes.

Faites dissoudre. — Pour usage externe, à titre d'agent hémostatique. — N. G.

(*Union Médicale.*)

I. — *Bons effets de la quinoline dans le traitement de la gangrène de la pulpe dentaire.* — La quinoline, comme substance antiseptique employée dans le pansement des dents malades, fut recommandée pour la première fois en 1882 par le Dr Jul. Scheff, et essayée ensuite par le Dr M. Zviagintzeff dans 28 cas de gangrène de la pulpe. Ces 28 cas se divisent ainsi : 3 cas de gangrène spontanée ; 3 consécutifs à l'inflammation aiguë de la pulpe avec accumulation d'exsudat inflammatoire très abondant ; 22 de destruction intentionnelle par l'arsenic d'une pulpe atteinte d'inflammation aiguë.

Après avoir préparé la cavité de la dent de la manière ordinaire, on y introduit deux ou trois petites boulettes d'ouate imbibée d'une solution à 20 pour 100 de tartrate de quinoline de Merck, puis on recouvre le tout d'un fragment assez gros de coton hydrophile saupoudré de sel de quinoline pulvérisé.

Dans les cas où la pulpe de la racine est entièrement détruite, on remplit d'abord avec soin les canaux radiculaires de poudre sèche de quinoline, puis on introduit les boulettes sus dites.

Le pansement est renouvelé tous les jours ou tous les deux jours, en ayant soin de nettoyer avec soin la cavité au moyen d'un jet de solution chaude de permanganate de potasse (25 centigr. pour 200 grammes d'eau).

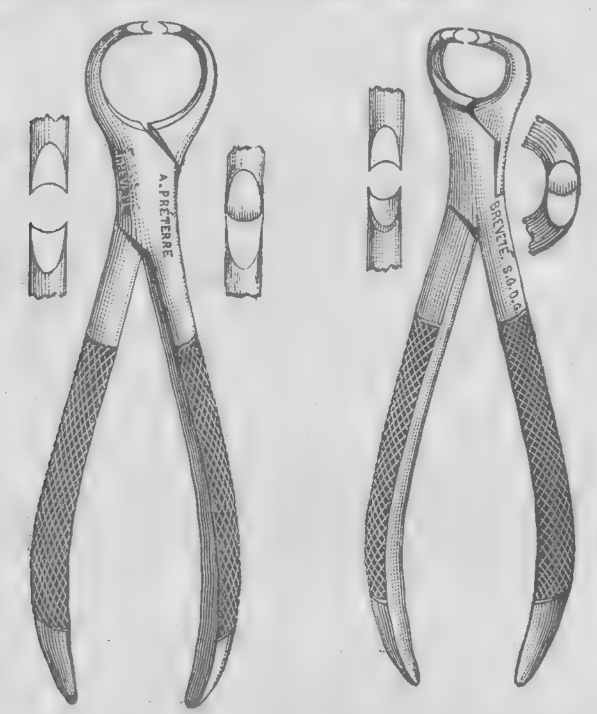
La durée du traitement, en cas de gangrène arsenicale, varie entre 2 et 7 jours; l'odeur disparaît au bout de 2 à 5 jours, et la suppuration cesse de 2 à 7 jours. En cas de gangrène consécutive à l'inflammation aiguë de la pulpe, l'odeur disparaît du 7e au 9e jour du traitement, et la guérison complète survient en 10 ou 11 jours. En cas de désorganisation spontanée, le pansement à la quinoline n'est pas toujours efficace; quelquefois, on observe une amélioration après 8 ou 10 jours de traitement (*London med. Record*, 15 Juin 1885, page 249), mais il est préférable de recourir alors à l'ouverture chirurgicale de la chambre et à la destruction rapide de l'organe pulpaire.

II — *De l'obturation des cavités dentaires au moyen de fragments de dents artificielles.* — Le Dr Margolin recommande ces dents comme une excellente substance pour obturer les cavités produites par la carie sur la face labiale des dents antérieures. Ce mode d'obturation ne laisse rien à désirer tant au point de vue de l'aspect, qu'à celui de la durée. Pour augmenter encore la beauté de cet aspect, M. Margolin fixe le fragment préparé pour remplir exactement la cavité au moyen du ciment, au lieu de l'or. Il est bon toutefois de passer en revue de temps en temps les dents ainsi arrangées. *London med., Record*, 15 Juin 1885, page 239.)

INVENTIONS. — PERFECTIONNEMENTS.

1. Pince coupe-cheville. — 2. Nickelage du Zinc.

M. Préterre a présenté à la Société d'Odontologie dans la séance du 23 Décembre 1884 une pince coupante dite : coupe-cheville qui avait paru fort ingénieuse et réalisant un progrès de détail que tout dentiste appréciera. Depuis, ces pinces ont été mises dans le commerce : un grand nombre de nous les ont expérimentées et nous devons dire que le fonctionnement en est parfait. Voici la figure de cette pince.



Comme nous l'avons déjà publié (1) elle permet de sectioner les chevilles les plus épaisses par un seul coup de pince sans écraser ou fendre le bois, sans causer, ce qui arrive avec la scie, la lime ou le canif, la sortie de la cheville si peu enfoncée soit-elle. Pour les dents à pivot de bois, pour les redressements et les pièces où la cheville devient nécessaire, cette pince rend les plus grands services en économisant le temps de l'opérateur, en évitant son déplacement.

Nouvelle pile thermo-électrique. — Le professeur Vincent Riatti a inventé une pile thermo-électrique, dans laquelle l'électricité est produite par les différences de température d'une dissolution de sulfate de cuivre.

(1) Voir *Odontologie*, Janvier, 1885, page 19.

Cette dissolution est renfermée dans un récipient en bois ou en porcelaine, traversé par deux tuyaux de cuivre fixés à une certaine distance l'un de l'autre. Le tuyau supérieur est traversé par un courant d'eau chaude, tandis que l'eau froide circule dans le tuyau inférieur. Quand on ferme le circuit, le cuivre d'un tuyau se dépose sur l'autre. Cette pile est constante et à l'abri de toute polarisation.

Nickelage du zinc. — Voici le procédé décrit dans le *Journal of the Society of chemical Industry*.

Le zinc, décapé dans l'acide chlorhydrique étendu et bien lavé, est plongé dans un bain de nickel pendant un temps très court. On le lave bien et on le brosse de manière à enlever les parties peu adhérentes. On recommence jusqu'à production d'une bonne couche de nickel, aussi mince qu'on le veut. On emploie ensuite un courant convenable, dont on peut augmenter l'intensité.

Nouvel emploi de l'aluminium. — L'usage de l'aluminium pour la décoration du fer et de l'acier, aussi bien que pour leur préservation contre la rouille, est longuement décrit dans la presse technique allemande. Ce procédé est même appelé à prendre la place du nickelage, de l'étamage et de la galvanisation. La couche d'aluminium est très mince et s'applique parfaitement sur la fonte et sur les ouvrages en fer ; elle se prête parfaitement à la décoration par l'or, l'argent ou les peintures vitrifiables.

Malgré le prix élevé de l'aluminium, en raison de la difficulté de sa préparation, le succès de cette nouvelle industrie semble assuré.

(Van Nostrand's Magazine.)

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE

(SOCIÉTÉ CIVILE DE L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS.)

23, Rue Richer, 23

CONSEIL DE DIRECTION

Résumé des Procès-Verbaux.

Séance du Mardi 28 Avril 1885.

Présidence de M. POINSOT.

Le procès-verbal est adopté.

M. Degas est autorisé à rentrer en préparatoire.

M. Godon fait part de la réponse qu'il a faite à une lettre de la Préfecture de la Seine, relativement aux deux bourses offertes par l'Ecole Dentaire de Paris, aux élèves des Ecoles municipales de la ville.

M. Godon annonce que sur la demande de M. Barberet, chef du bureau des Sociétés professionnelles, au Ministère de l'Intérieur, il lui a envoyé les Bulletins du Cercle des Dentistes, postérieurs à celui du 1er Décembre

1880, contenant la suite de la conférence du Dr Thomas, sur l'histoire ou le passé de l'art dentaire.

M. Ronnet présente le budget pour l'année 1885, il constate avec plaisir que la situation financière de l'Ecole est toujours très satisfaisante.

Le budget est, après discussion, adopté par le Conseil.

Le conseil, après examen du travail de la commission des examens, vote le règlement des examens pour les deux sessions de Juillet et d'Octobre.

M. Lefèvre, de Flers, offre au musée de l'Ecole plusieurs dents pathologiques.

M. Debray donne deux de ses daviers pour la clinique de l'Ecole.

La séance est levée à 11 h. 3/4.

Le Secrétaire des séances,
L. BIOUX.

Séance du Mardi 13 Mai 1885.

PRÉSIDENCE DE M. WISNER.

La séance est ouverte à 9 heures.

Le procès-verbal est adopté.

Le Conseil, sur la demande de M. Godon, décide que les réparations importantes des tours à fraiser soient faites aux frais de l'élève quand il sera bien constaté qu'elles ont été nécessitées par sa négligence ou son manque de soins.

Des plaintes ayant été transmises au Directeur de l'Ecole, sur l'usage que fait un souscripteur de l'Ecole de son titre de *membre bienfaiteur* ; le Conseil déclare que le titre de souscripteur n'est pas une preuve de compétence professionnelle, mais seulement la reconnaissance d'un don fait. Seuls les diplômés sont autorisés à se servir du titre que leurs études et les examens passés leur ont fait obtenir. Il blâme M. Tourrier de l'abus qu'il fait de son titre de souscripteur et charge le Secrétaire général de l'informer que s'il persiste, le Conseil proposera sa radiation à l'Assemblée générale prochaine.

M. Wisner offre à l'Ecole un microscope.

M. Girard fait don au Musée de l'Ecole d'un maxillaire inférieur.

Admission d'un élève en préparatoire pour la scolarité en cours.

M. Barbe informe le Conseil que le différend dont le Comité syndical avait été saisi par un membre, a été réglé à l'amiable suivant le conseil que le Comité avait donné.

Le Conseil accepte un nouveau projet d'organisation du cours de prothèse conformément au rapport de la commission spéciale.

Une commission de cinq membres est nommée pour étudier une proposition de M. Godon, relative à l'organisation d'un concours pour les postes de professeur suppléant. Sont nommés : MM. David, Poinsot, Thomas et Viau.

Le Secrétaire,
L. BIOUX.

NOUVELLES

Les examens de fin d'année et l'examen général continueront à l'École Dentaire par les épreuves théoriques à partir du 15 Juillet 1885.

Le Mardi 30 Juin a eu lieu à la Mairie du Panthéon, le mariage de Mlle Bert, avec M. Chailley, avocat.

Après avoir adressé une spirituelle allocution aux jeunes époux, le maire, M. Dubief, directeur de Sainte-Barbe, a complimenté l'illustre savant de l'affluence d'élite qui l'assistait à cette cérémonie.

Notre École Dentaire était représentée par son directeur, le Dr Th. David. Tout notre groupe professionnel est heureux d'exprimer à cette occasion, ses respectueuses sympathies à M. P. Bert, qu'il est fier de compter au nombre de ses présidents d'honneur.

Académie de Médecine. — Distribution des Prix de 1883 et 1884. Prix de l'Hygiène de l'Enfance, 1883 ; 2,000 francs. — Faire connaître par des observations précises le rôle que peut jouer, dans la pathologie infantile, le travail de la première dentition. Neuf mémoires ont concouru. L'académie décerne un prix de 1,000 francs à M. le Dr Sejourné, de Revin ; elle accorde, à titre de récompenses : 1° 500 francs à M. le Dr Rousse, de Fontenay-le-Comte ; 2° 200 francs à M. le Dr Th. Caradec fils, de Brest ; 3° 200 francs à M. le Dr A. Corriveau, de Blaye.

(*Union médicale.*)

La réunion annuelle des Dentistes allemands aura lieu les 3, 4, 5 Août 1885 ; elle se tiendra à Nuremberg.

LOI BELGE

Réglant tout ce qui est relatif à l'exercice des différentes branches de l'art de guérir.

Arrêté royal approuvant les programmes des examens à subir pour l'obtention du certificat de capacité de dentiste (*Moniteur belge* du 6 Janvier 1885, n° 6).

Léopold II, roi des Belges,
A tous présents et à venir, salut,

Vu l'article 4 de la loi du 12 mars 1818 ;

Vu les articles 12, 13 et 14 de l'arrêté royal du 31 mai 1880 ;

Considérant qu'il est utile de régler d'une manière uniforme pour tout le

pays les conditions et les programmes des examens auxquels les commissions médicales provinciales sont chargées de procéder pour l'admission des candidats à la profession de dentiste ;

Sur la proposition de notre Ministre de l'intérieur et de l'instruction publique.

Nous avons arrêté et arrêtons :

Art. 1er. Sont approuvés les programmes pour les examens annexés au présent arrêté.

Art. 2. Les règles suivantes seront observées pour l'annonce des examens, l'inscription et la convocation des récipiendaires :

A. Environ un mois à l'avance, un avis inséré au *Moniteur* et dans deux journaux de la province annonce la session des examens, avec invitation de se faire inscrire chez le secrétaire de la Commission médicale provinciale. Cet avis indique le délai dans lequel les inscriptions seront reçues.

B. Les pièces requises et qui doivent être jointes à la demande d'inscription, sont :

Pour les dentistes :

1° Un extrait d'acte de naissance ;

2° Un certificat de moralité délivré par l'Administration communale du lieu de résidence;

3° La quittance d'un receveur de l'enregistrement constatant que le récipiendaire a versé dans les caisses de l'Etat la somme de 100 francs pour droit d'examen.

En cas d'ajournement, le droit est réduit à la moitié de cette somme pour chaque nouvel examen ;

4° Un certificat constatant que le récipiendaire a fait un stage de deux ans chez un dentiste diplômé.

Le stage doit être annoncé à la Commission médicale de la province où il s'effectue et surveillé par elle. Le certificat de stage est délivré par cette Commission à la fin de la deuxième année, d'après une formule déterminée par le Ministre de l'intérieur et de l'instruction publique. Celui-ci pourra dispenser du stage les dentistes régulièrement diplômés à l'étranger.

C. Chaque récipiendaire, régulièrement inscrit, est averti du jour de l'examen par le bureau de la Commission médicale.

Après trois échecs successifs, le récipiendaire ne sera plus admis à se présenter dans aucune province.

Art. 3. Les examens comprennent une épreuve écrite et une épreuve orale et portent au moins sur une question relative à chacune des matières du programme.

Pour les dentistes :

L'épreuve écrite dure deux heures. Elle porte sur une question d'anatomie, une de physiologie et une de pathologie, dans les limites du programme.

L'épreuve orale dure quarante-cinq minutes. Elle comprend, outre les questions sur les branches du programme, un examen pratique sur le cadavre ou sur des personnes atteintes d'affections dentaires.

Art. 4. Tous les examens oraux, de cette dernière épreuve, sont publics.

Art. 5. Immédiatement après chaque session d'examens, la Commission médicale transmet au Ministre de l'intérieur et de l'instruction publique, ainsi qu'aux autres commissions médicales provinciales, la liste des récipiendaires admis et ajournés.

Art. 6. Toutes les dispositions non prévues par le présent arrêté seront réglées par les commissions médicales, sous réserve d'approbation par le Ministre de l'intérieur et de l'instruction publique.

Art. 10. Notre Ministre de l'intérieur et de l'instruction publique est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui entrera en vigueur le 1er janvier 1885.

Donné à Bruxelles, le 30 décembre 1884.

LÉOPOLD.

(*Art Dentaire.*)

AVIS

PUBLICATIONS REÇUES

Le Progrès Dentaire.
L'Art Dentaire.
Revue Odontologique.
Revue Odontogique de Bruxelles.
Dental Cosmos.
Dental Register.
Dental Advertisser.
Dental Office and Laboratory.
Indépendant-Practitioner.
El. Progresso Dental Habana.
Le Concours Médical.
Dental Record.
Correspondenz Blatt.
Centralblattfur Zahneilkunde.
Deustche Vierteljanresschrift.
Vierteljahrsschrift für Zauheilkunde.
Die Zahntechnische reform.
L'union Médicale.
Le Progrès Médical.
Journal d'Hygiène.
Revue de Therapeutique.
Hygiène pour tous
Messager odontologique (russe).
Shandinavish Tidss Krift for Tandlaeger.

27330. — Amiens, Imp. T. Jeunet.

VOL. 6. Paris, Août 1885. N° 8.

L'ODONTOLOGIE

TABLE DES MATIÈRES POUR AOUT 1885

PARASITES DE LA BOUCHE

Par le Dr TH. DAVID

On s'est fort occupé, dans ces dernières années, moins en France qu'à l'étranger, du rôle que jouent les microbes dans l'étiologie de la carie dentaire (1). La question n'est pas nouvelle et sans l'avoir étudiée nous-même, nous avions, tenant compte des admirables recherches de M. Pasteur sur les fermentations, la fétidité et l'influence des microbes sur leur développement, pensé qu'il existait une relation très intime entre ces microbes et la carie dentaire, qui donne lieu à une fétidité si grande de la bouche.

C'est pourquoi nous avons, depuis plusieurs années, employé largement les antiseptiques dans la thérapeutique de la carie dentaire. Jamais nous n'obturons plus une cavité, péné-

(1) UNDERWOOD et MILES. Investig. into the effects of organisms upon the teeth and alveolar portions of the jaws. In trans. of med. internat congress, London, 1881, vol. III, p. 523. --- MILLER. Der Einfluss der microorganism auf die carie der menschlichen Zahne in Arch. f.exper. Path. und. Pharm, 1882, Bd. XVI, p. 291. --- CLARK. Bacteria, the cause of caries, in Indep. Practitioner, New-York, 1882, vol. III, p. 529. --- CARPENTER.

trante ou non, sans l'avoir, au préalable, minutieusement nettoyée et désinfectée.

Nous ne pouvons actuellement établir par des chiffres une comparaison entre les résultats de notre pratique, avant et depuis cette manière de faire, mais nous pouvons affirmer que ces résultats sont tout différents. Nous pouvons dire que la marche de la carie a été arrêtée dans bien des cas ; que les obturations provisoires que nous étions obligé d'enlever autrefois au bout de quelques jours, à cause des douleurs ou des fluxions qu'elles provoquaient, sont bien mieux tolérées, sont gardées un ou deux mois, et peuvent être remplacées alors sans inconvénient par des obturations définitives.

C'est également par l'emploi bien approprié des antiseptiques que nous avons pu réaliser la conservation des pulpes exposées.

Nous avons donc pensé qu'il serait utile d'attirer l'attention des praticiens sur cette question, qui peut se poser ainsi :

1° Il existe de nombreux microbes dans la bouche, à l'état normal, ainsi qu'on le sait actuellement.

2° Quel est le rôle de ces microbes, dans l'étiologie de la carie dentaire et autres affections?

3° La carie dentaire a-t-elle pu être reproduite expérimentalement, à l'aide de la culture de ces microbes?

Telles sont les questions que nous nous proposons d'étudier, et s'il se peut, de résoudre par la suite.

1° DESCRIPTION SOMMAIRE DES PARASITES DE LA BOUCHE

I

Nous nous arrêterons peu à la discussion des différentes espèces de microbes, auxquelles appartiennent ceux qu'on rencontre dans la cavité buccale, ainsi que sur la dénomination définitive qu'il convient de leur donner (question qui est loin d'être résolue).

Nous établirons d'abord une distinction entre les microbes ou bactériens, qui sont en quelque sorte spéciaux au milieu buccal, et ceux qui ne s'y trouvent que de passage, apportés par l'air et les *ingesta* de toute espèce qui y séjournent,

Si nous avions à tenir compte de ces derniers, nous devrions énumérer à peu près tous les bactériens connus, car de com-

---

Consider. of same of the causes which give rise to dental decay, in Brit. Med. Journ., 1882, vol. II, p. 980. --- STOCKWELL. The germ theory of dental caries, in Indépendant practitioner, 1883, vol. IV, p. 73. --- LE MÊME. Etiology of dental caries, acids, germs, which? in Missouri dental Journal, Saint-Louis, 1882, vol. XIV, p. 483. --- RODRIGUEZ MENDEZ. Microbios, sus relaciones con la caries dentaria, in Gaz. med. Catal. Barcelone, 1883, vol. VI, p. 118. --- WATT. The etiology of dental decay, in Ohio state journal of dental Society, Toledo, 1883, vol. III, p. 35, etc.

bien d'espèces ne fourmillent pas l'air que nous respirons, ainsi que les aliments et les boissons que nous ingérons?

« Les bacteries accidentelles de la bouche viennent, les unes de l'air et elles sont très nombreuses comme espèces, les autres peuvent venir accidentellement des voies aériennes, comme par exemple les bacilles de la phtisie dans cette maladie, les diplocoques de la pneumonie, ou des voies digestives comme les sarcines de l'estomac. Il est vraisemblable que la bouche est l'une des portes d'entrée la plus importante des bacteries pathogènes de la phtisie, de la pneumonie, du choléra, etc. » *Cornil et Babes*, p. 548.

II

Un fait qui mérite d'être rappelé, c'est que l'étude des microbes a précisément commencé par ceux de la bouche.

C'est Leuwenhoek (1) qui a le premier observé les infiniments petits, et il les a vus dans la bouche. Il les décrit sous le nom d'animalcules. « Quant à moi, dit-il, je pense, pour ce qui me touche, bien que je me lave la bouche chaque jour, (j'ai l'habitude le matin de me frotter les dents avec du sel et de me laver ensuite la bouche avec de l'eau ; et dès que j'ai pris un repas, j'ai soin de nettoyer mes dents au moyen d'un cure-dent, parfois aussi de les frotter fortement avec un linge de toile, d'où il résulte que mes dents sont tellement propres et blanches que l'on trouverait peu de gens de mon âge (2) qui les aient en aussi bon état), qu'il n'existe pas autant d'hommes dans les Provinces-Unies, que je possède d'animalcules vivants dans ma bouche. Car voyant un jour sur mes gencives auprès d'une de mes dernières molaires, une parcelle de la matière précédente (résidu muqueux qui adhère aux dents), de l'épaisseur environ d'un crin de cheval et que le sel, comme je le suppose, n'avait pas atteinte pendant plusieurs jours de suite, dans mes lavages, je la recueillis et j'y aperçus un si grand nombre d'animalcules vivants, qu'un espace qui n'était pas plus grand que la centième partie d'un grain de sable me parut en contenir un millier. »

Nous n'étudierons ici que les parasites que l'on rencontre habituellement dans la cavité buccale, qui y naissent, s'y développent et qui y vivent constamment à l'état normal.

---

(1) Lettre écrite de Leyde, 1683, la veille des Ides de septembre à sir François Arton, secrétaire de la Société royale de Londres, dont l'auteur était membre correspondant, publiée dans les œuvres complètes de Leuvenhoek, en traduction latine. *(Opera omnia sive arcana naturæ detecta).* Leyde, 1722, T. II. p. 39, et traduite en français dans la thèse de Rappin.

(2) Leuwenhoek avait alors 51 ans; il mourut en 1723, à l'âge de 91 ans.

III

Dans l'esprit de la plupart des savants qui s'occupent aujourd'hui de ces questions, ce sont tous des végétaux apparnant à la classe ou tout au moins voisins des *champignons*, et plus particulièrement des *algues* (Robin, Davaine).

« Les algues et les schizomycetes offrent en effet deux séries exactement parallèles qui ne diffèrent entre elles que par la présence de la chlorophylle dans les algues et son absence dans les schizomycetes. »

M. Pasteur ne se prononce pas sur la question de savoir si ce sont des végétaux ou des animaux.

C'est par leur analogie avec une classe de champignons SACHAROMYCETES (de *sacharum*, sucre, et du grec *muketes*, champignon ou levures) que Robin et Naegeli ont considéré un certain nombre de ces vibrions comme des champignons et en ont fait une classe àpart, les SCHIZOMYCETES (du grec *skizein*, séparer, et *muketes*) ou champignons ferments des pourritures.

C'est dans cette classe que rentrent les diverses espèces de bactéries (*bateria*, batonnet), de vibrions. Le nom de microbe (du grec *micros*, petit, *bios*, vie, être, etc.), est ordinairement usité pour désigner sans distinction ces diverses espèces.

Caractères généraux des schizomycetes. — Ces végétaux sont formés de cellules dépourvues de chlorophylle, se reproduisant par divisions transversales (1, 2, 3) et par spores. On connait des spores au microbe du charbon ; le bacille-virgule du choléra ne paraît pas en avoir. Ils vivent isolés ou en familles au milieu des substances organiques végétales ou animales qu'ils absorbent et décomposent, déterminant ainsi leur putréfaction ou des fermentations spéciales. A ce point de vue, le milieu buccal est extrêmement favorable à leur développement. Ils y ont toujours vécu, puisque on a pu isoler et colorer des batonnets de leptothrix sur des dents de momies égyptiennes.

Leurs affinités les rapprochent des algues et en particulier des oscillariées (Magnin) avec quelques différences toutefois. Tandis que les schizomycetes ne peuvent vivre qu'aux dépens de matières organiques, les algues fabriquent elles-mêmes la substance nécessaire à leur nutrition (1).

Ils sont constitués par des individus formés d'une cellule unique. Leur diamètre varie entre un dix-millième de millimètre et quelques millièmes de millimètre (*m*).

La forme de ces cellules ou thalles est variable et a servi à les distinguer anatomiquement (2).

---

(1) Magnin. Thèse d'agrégation, Paris, 1878.

(2) Cohn, 1872, divise les bactéries en ces quatre tribus.

a — Elle est globulaire : bactérie globulaire, *sphero-bactérie, coccus* (du grec *kokkos,* baie, globe).

b — Oblongue, cylindrique : bactérie en batonnet, batonnet court, *microbactérie.*

c — Allongée, sinueuse, *desmobactérie,* bactérie en filament ou baccille.

d — Allongée et spiroïde : bactérie en spirale, *spirobactérie,* spirilles, vibrions...

D'ailleurs ces formes ne sont pas fixes ; elles se succèdent, de telle sorte que dans les divers états de son accroissement, le même microbe se présente comme un coccus, un batonnet, un filament ou une spirale. De même la dimension peut varier du simple au double, sans pour cela constituer une espèce différente.

Les schizomycetes sont composés d'une membrane cellulaire et d'un contenu. La membrane et le protoplasma sont l'un et l'autre formés par une substance albuminoïde particulière (*mycoprotéine,* Nencki). La mycoprotéine, surtout celle du protoplasma, est remarquable par sa résistance aux réactifs, bases et acides qui attaquent et dissolvent les cellules animales, ainsi que par sa propriété de se laisser teindre par certaines couleurs. C'est sur cette propriété qu'est basée la technique des colorations.

Quelques schizomycetes jouissent de mouvements propres qui sont dus à des cils vibratils, placés aux extrémités des cellules.

L'étude de ces bactériens se fait à de forts grossissements, et à l'aide de la lumière artificielle. Il est nécessaire d'employer les objectifs à immersion homogène. Comme moyen de préparation, Koch conseille la dessiccation, et pour remédier à certains inconvénients de ce procédé, le traitement par l'acétate de potasse, qui gonfle les bactéries. Les détails de structure nécessitent l'usage de colorations diverses: bleu de methylène, violet de methyle, mélange d'eau, d'aniline et de sulfate de rosaniline (réactif d'Erlich) etc.

Pour voir les microbes, il est nécessaire, après avoir coloré la préparation, de la soumettre à l'action d'une substance décolorante : alcool absolu, permanganate de potasse, solution d'acide sulfureux... Les microbes fixant la matière colorante avec plus d'intensité restent seuls colorés. Après déshydratation dans l'alcool absolu, la préparation est montée dans le baume de Canada.

(A suivre).

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 16 Juin 1885. — Présidence de M. Poinsot.

1° Pile de M. Chardin, observations de M. le docteur Faucher; 2° Du phosphate de chaux, son influence sur la dentition; 3° Présentation de miroirs; 4° Tire-nerfs en platine irridié; 5° Observation d'un cas de nécrose du maxillaire inférieur; 6° Articulateur de M. Rousseaux; 7° Recherches statistiques sur l'étiologie et la pathologie du système dentaire; 8° L'acide phénique.

Monsieur Chardin, qui suit avec intérêt les applications de l'électricité à l'art dentaire, prend la parole pour présenter une pile d'un nouveau système. Le liquide qui la met en action, dit M. Chardin, a l'avantage de ne pas encrasser les éléments comme cela a lieu dans les piles qui nous ont été présentées jusqu'ici. Celles, entre autres, présentées par MM. Larochelle et Viette ont l'inconvénient de ne pouvoir servir qu'un certain temps et, après une interruption, il est souvent impossible de faire une nouvelle application sans nettoyer les zincs.

La pile que présente M. Chardin est divisée en deux compartiments, l'inférieur sert à loger le liquide qui est ainsi séparé des éléments ; il suffit pour faire passer ce liquide dans la chambre supérieure et mettre la pile en action de faire une pression d'air à l'aide d'une poire en caoutchouc. Cette pile est d'un maniement facile et peut fonctionner longtemps sans réparation.

M. le docteur Faucher dit que le liquide dont il vient d'être question est un mélange de bichromate de potasse, d'acide sulfurique et d'acide azotique, qu'il en a d'ailleurs indiqué la formule, lorsqu'il a construit cette pile avec M. Morin.

M. le docteur Faucher reconnaît le perfectionnement apporté par M. Chardin qui a séparé la caisse en deux chambres.

M. Breneau présente ensuite des miroirs articulés auxquels on peut adapter, suivant le cas, des glaces de formes et de grossissements divers; le mécanisme, fort ingénieux, permet de plus de donner à ces glaces toutes les directions désirables, au manche la longueur voulue.

M. Dubois présente des tire-nerfs en platine irridié. *(Voir le numéro de juillet de l'Odontologie, p. 270).*

M. Martial-Lagrange présente ensuite à la Société un malade des plus intéressants, c'est un nommé Porcher, âgé de 26 ans, habitant Fontainebleau, et atteint de nécrose du maxil-

laire par suite d'évolution vicieuse de la dent de sagesse inférieure gauche.

Il a eu un premier abcès en juin 1880, puis successivement il a vu se produire des ouvertures fistuleuses, une à l'épaule, une à la nuque et cinq à la face et au cou. Soigné par deux médecins et un dentiste, il n'a obtenu aucun soulagement. Il vint à Paris à l'hôpital Saint-Louis, et le chef de clinique l'adressa à notre école. Le malade était tellement affaibli par la suppuration et dans un tel état de cachexie qu'il ne lui fallut pas moins de vingt minutes pour monter l'escalier de l'école.

Après un examen méticuleux, poursuit M. Martial-Lagrange, je fis faire l'extraction de la deuxième grosse molaire inférieure gauche; après l'extraction, j'explorai le fond de l'alvéole et me trouvai en présence d'un sequestre qui fut aisé à enlever.

J'ordonnai au malade des injections quatre fois par jour, avec :

Chlorure de zinc.	10 grammes.
Eau distillée	1000 grammes.

et renvoyai le malade à huitaine.

Le jeudi suivant, le malade était déjà beaucoup mieux, les douleurs étaient moins aiguës et la suppuration moins abondante. A l'exploration, je rencontrai un nouveau sequestre, mais plus adhérent que le premier. Je dus l'extraire à l'aide d'un davier, après avoir fait une large incision des parties molles. Je ruginai les parties nécrosées et j'ajoutai comme traitement, aux injections déjà prescrites, l'administration de 1 gramme de chlorate de potasse en solution chaque jour.

Le malade recueillit encore quelques petits sequestres; enfin, après un mois, les douleurs et la suppuration avaient disparu, l'appétit revenait ainsi que les forces, le facies était déjà très bon.

Pendant le deuxième mois, le mieux n'a fait que s'accentuer. Le malade, qui a été présenté à la Société dans sa dernière réunion, est parfaitement guéri.

Des remerciements sont votés à M. Martial-Lagrange.

Du phosphate de chaux. — Son influence sur la dentition, par L. JOLLY. — Le phosphate de chaux est, de tous les phosphates, celui qui est répandu dans l'organisme en plus grande abondance. On le trouve en proportion variable dans tous les tissus et il entre dans la proportion de 80 pour 100 de la totalité des éléments minéraux qui constituent les os. Les dents présentent la plus étroite analogie de composition avec les os, et la dureté plus grande ne tient guère qu'à une différence de texture histologique.

Si l'on considère que la quantité de phosphate de chaux contenue dans la charpente osseuse d'un homme oscille autour de 4 kilogrammes; que sa formation, qui commence dès le début de la vie fœtale, met plus de 20 années avant d'arriver à sa limite d'accroissement, il est logique de considérer le phosphate de chaux comme un élément très important de la constitution minérale humaine.

En outre, même quand le système osseux a acquis son complet développement, la nutrition ne s'arrête pas malgré une immobilité apparente. Le mouvement nutritif, qui se traduit par l'apposition des couches osseuses externes nouvelles et la résorption des couches internes anciennes, se continue d'une manière lente et régulière pendant toute la durée de l'âge adulte.

D'autre part, on a constaté par l'analyse que l'urine renferme toujours une quantité variable de phosphate de chaux.

Alors, en s'appuyant sur toutes ces données, on a fait du phosphate de chaux le pivot de la nutrition, et l'on a expliqué son action d'une façon fort ingénieuse en disant que le phosphate de chaux allait s'emmagasiner dans le tissu osseux pour être ensuite dynamisé et distribué à tout l'organisme.

Le système osseux a été considéré comme le grenier d'abondance à phosphate de chaux de l'organisme, et la vitalité générale de l'économie devait être corrélative de la richesse phosphatée calcaire.

Il y a quinze années environ que cette théorie a été émise, et, depuis cette époque, le phosphate de chaux est largement entré dans la thérapeutique. Aujourd'hui encore il est employé sous la forme soluble ou insoluble, à la dose de plusieurs grammes par jour, avec des résultats peu marqués le plus souvent et désastreux parfois.

Après 15 années d'expérimentation qui a porté sur des millions de sujets (ce nombre n'est pas exagéré), il ne paraît pas que le niveau de la santé générale et de la force se soit relevé, au contraire. Le problème n'est pas résolu, et le phosphate de chaux, sur lequel on avait fondé de si brillantes espérances, n'a laissé que des déconvenues dans l'immense majorité des cas.

Tel est aujourd'hui le tableau exact de la situation, alors que la période d'engouement fanatique a fait place à des idées plus calmes et plus réfléchies.

En 1874, le Dr Chery Lestage a expérimenté sur les animaux quelques-unes des préparations de phosphate de chaux les plus en vogue. Les résultats sont éloquents et méritent toute croyance, car les expériences ont été faites au laboratoire de chimie biologique de la Faculté de médecine de Paris, sous la direction du professeur A. Gautier.

Pendant deux mois et demi, de jeunes cobayes furent nourris, les uns avec du son pur, les autres avec le même son additionné de l'une des quatre substances suivantes :

Phosphate de chaux naturel;
Chlorhydrophosphate de chaux;
Lactophosphate de chaux;
Glycérophosphate de chaux.

Le tableau ci-dessous indique l'influence de ces différents régimes phosphatés sur le développement de ces jeunes animaux :

	Augm. de poids au bout de 2 mois 1/2.
Son pur	167 grammes
Son mélangé de chlorhydrophosphate de chaux	109 —
Son mélangé de glycérophosphate de chaux	108 —
Son mélangé de phosphate de chaux naturel	105 —
Son mélangé de lactophosphate de chaux	12 —

Ainsi, tandis que le son pur élève en 2 mois 1/2 de 167 gr. le poids des cobayes (chiffre que nous pouvons considérer comme normal et prendre comme l'expression qui représente la moyenne d'accroissement de ces animaux soumis à un régime convenable,

Le chlorhydrophosphate de chaux leur fait perdre	167 — 109	58 gr.
Le glycérophosphate de chaux	167 — 108	59 gr.
Le phosphate de chaux naturel	167 — 105	62 gr.
Le lactophosphate de chaux	167 — 12	155 gr.

Ces résultats se passent de commentaires; ils démontrent que le phosphate de chaux à la dose d'un ou plusieurs grammes, comme on le prescrit aujourd'hui, et sous quelque forme ce soit est anti-nutritif.

Ajoutons, pour être complet, que les expériences de M. André Sanson, professeur de Zootechnie à l'école de Grignon, celles de M. Edwards, en Angleterre, de Lehmann, Von Gohren, Weiske, en Allemagne, confirment pleinement les résultats du Dr Chery Lestage.

Nous avons, en commençant, exposé les raisons sur lesquelles on s'était appuyé pour recommander l'emploi du phosphate de chaux. Dans l'immense majorité des cas, les résultats ont été à peu près nuls; dans d'autres, peu nombreux, ils ont été satisfaisants, mais quelquefois aussi franchement désastreux. Recherchons les causes de ces résultats si différents.

L'acide phosphorique est un acide tribasique, c'est-à-dire qu'une seule molécule peut se combiner à une, deux ou trois parties de base. Le phosphate de chaux peut donc être mono, bi ou tricalcique. Or, tandis que les phosphates bi ou tricalcique sont insolubles dans l'eau pure, le phosphate monocalcique, appelé encore phosphate acide ou biphosphate de chaux, est soluble dans l'eau à peu près en toute proportion.

Les phosphates bi et tricalcique deviennent solubles dans l'eau acidulée en passant à l'état de phosphate monocalcique.

Le phosphate de chaux tricalcique, qui est le phosphate des os, ou phosphate de chaux naturel, étant insoluble dans l'eau, on l'a solubilisé soit avec l'acide lactique, ou l'acide chlorhydrique (ces deux acides se trouvant dans le suc gastrique pendant le phénomène de la digestion stomacale), et l'on a obtenu, disent leurs inventeurs, le phosphate de chaux assimilable. Pour oser sonner si haut que le phosphate de chaux est assimilable parce qu'il est dissous par un acide, fût-il celui de l'estomac, il faut ignorer jusqu'aux premières notions de la physiologie de la digestion, ou bien plutôt il faut faire taire sa conscience, et, dans un but de lucre, tromper sciemment, en lui attribuant une qualité mensongère.

Que le public s'y laisse prendre, il n'y a pas lieu d'en être surpris; mais que le monde médical ait été depuis 15 ans dupe d'une aussi grossière ineptie, je ne me charge pas de l'expliquer.

Que l'on désigne les préparations de phosphate de chaux soluble sous les noms de lactophosphate de chaux, chlorhydrophosphate de chaux, etc., c'est toujours du phosphate de chaux monocalcique ou phosphate acide de chaux plus ou moins adultéré par la présence d'un autre sel calcaire soluble et d'une réaction extrêmement acide.

Si nous voulons apprécier le rôle physiologique que le phosphate de chaux peut jouer dans l'organisme, il nous suffit d'étudier les mutations qu'il subit dans son passage à travers les différents organes de l'appareil digestif.

Les premières voies digestives sont sans action sur le phosphate de chaux. Dans l'estomac, ce sel subit l'action du suc gastrique; que ce suc doive son activité à l'acide chlorhydrique, à l'acide lactique ou à ces deux acides réunis, ou encore à tout autre acide, cela n'a pas la moindre importance, le résultat ne varie pas. Le phosphate de chaux ingéré se transforme en phosphate acide de chaux éminemment soluble, en cédant une partie de sa base à l'acide ou aux acides en présence. Observons toutefois que la quantité de phosphate acide de chaux formé varie suivant le degré d'acidité du suc gastrique, suivant aussi que le phosphate de chaux ingéré est plus ou moins facilement attaquable par les acides.

Si le phosphate de chaux est administré préalablement dissous, l'acidité de la préparation s'ajoute à celle du suc gastrique

Arrivé dans l'intestin, le phosphate acide de chaux subit la double action alcaline du suc pancréatique et du suc entérique, laquelle a pour effet de neutraliser presque complètement l'acidité du chyme, afin de permettre à la pancréatine l'achèvement de la digestion des matières alimentaires, transformation qui ne peut s'opérer que dans un milieu à peu près neutre. Sous l'influence des alcalins, le phosphate acide de chaux cède une partie de son acide phosphorique à la soude pour former du phosphate de soude soluble et vraiment assi-

milable, celui-là et l'autre partie de l'acide phosphorique reste combiné à la chaux à l'état de phosphate insoluble reconstitué, de sorte qu'il ne reste plus en fait de phosphate de chaux absorbable, en dehors de celui qui est intégré dans les matières albuminoïdes alimentaires, que la très minime proportion du biphosphate gastrique qui est maintenu dans cet état par la faible acidité du chyme.

D'où il résulte alors qu'administrer des solutions acides de phosphate de chaux, cela reviendrait à employer du phosphate de soude, s'il n'y avait pas à tenir compte : d'une part, de l'excès de phosphate de chaux déposé dans l'intestin le long des parois, qui s'oppose plus ou moins à l'osmose des matières alimentaires à travers les villosités intestinales ; d'autre part, de l'acidité excessive des préparations, acidité que ne peuvent pas toujours neutraliser les sucs intestinaux. Il arrive alors dans ce cas que la digestion pancréatique ne s'opère pas et les matières alimentaires ne passent pas dans les vaisseaux chylifères, puisque, d'une part, elles n'ont pas subi une élaboration digestive suffisante et que, d autre part, l'acidité excessive du chyme exerce une action astringente qui ferme les villosités intestinales et s'oppose à tout mouvement osmotique d'absorption. On a ce résultat paradoxal : que les sujets mangent énormément et restent maigres parce qu'ils ne se nourrissent pas.

Alors, les mauvais résultats dus à l'emploi des solutions de phosphate de chaux tiennent à l'acidité excessive des préparations ; la constatation en a été faite par Hugo Schiff, Liebig, Heitzmann, Forster, Gigot Suard, etc.

Les succès doivent être attribués à la formation du phosphate de soude, comme nous le démontrerons plus loin.

Nous avons dit que dans le chyme il n'existait plus à l'état normal que la très minime proportion de phosphate de chaux qui est maintenue en solution par la faible acidité de cette masse, en dehors toutefois de celui qui est associé aux matières albuminoïdes alimentaires.

Les parties nutritives du chyme passent, à travers les villosités intestinales, dans les vaisseaux chylifères, et constituent le chyle. M. Hugo Schiff, qui a analysé le chyle d'un jeune poulain auquel il avait pratiqué une fistule, a dit qu'il contenait 0,20 centigrammes de phosphate de chaux par litre de chyle. Ce chiffre représente le phosphate de chaux libre et celui combiné aux albuminoïdes.

Pour être intégré dans les éléments histologiques, aussi bien dans les cellules osseuses que dans celles des tissus, le phosphate de chaux doit préalablement circuler dans le sang, puisque c'est seulement par ce milieu intérieur qu'il peut être distribué dans toutes les parties du corps. Or, voici les différentes quantités de phosphate de chaux que nous avons trouvé associées aux principes composant le sang.

1000 grammes de sang de bœuf nous ont donné à l'analyse :

Composition immédiate		Phosphate de chaux contenu
3 grammes	Fibrine sèche	0 015
67 »	Albumine sèche	0 027
121 »	Globules secs	0 037
809 »	Partie aqueuse	0 006
1000 grammes		0 085

En résumé, sur 10 centigrammes de phosphate de chaux, en chiffres ronds, qui sont contenus dans un litre de sang, il n'y en a guère plus de 6 milligrammes à l'état de liberté, le reste était certainement en combinaison dans les matières protéiques alimentaires, et a pénétré avec elles, sous forme de peptones, dans la lymphe d'abord, et dans le sang ensuite. Comme on admet que la quantité de sang chez un homme de poids moyen est approximativement de 5 à 6 kilog., nous arrivons à ce résultat que la quantité de phosphate de chaux circulante est d'environ 50 à 60 centigrammes, dont 3 centigrammes seulement à l'état de liberté.

Si nous comparons cette masse circulante de phosphate de chaux dans le sang à celle que renferment les os, nous sommes forcés de conclure que le phosphate de chaux doit être, pour la plus grande partie, un produit de formation intra-organique. Et, alors, la théorie si ingénieuse énoncée en commençant, théorie qui a servi à l'exaltation thérapeutique du phosphate de chaux, se trouve réduite à néant.

Dans cette démonstration que nous venons de vous faire, vous remarquerez qu'il n'y a rien d'hypothétique; nous avons, d'une part, analysé les phénomènes physiologiques de la digestion, et nous nous sommes appuyés sur les résultats positifs de l'analyse chimique. Nous avons employé la rigueur d'une démonstration mathématique.

Pour l'assertion que nous avançons, que le phosphate de chaux doit être, pour la plus grande partie, un produit de formation intra-organique, nous vous demandons crédit de quelques instants; la suite de l'exposition de notre sujet en établira la valeur. Nous dirons toutefois ici que, dans un mémoire détaillé publié en 1876 dans le *Bulletin de thérapeutique*, nous avons prouvé, par l'analyse chimique, que la plus grande partie du phosphate de chaux éliminé par la voie urinaire est un produit de formation intra-vésicale, dont l'acide phosphorique est fourni par les phosphates alcalins de désassimilation, et la chaux par les aliments et l'eau des boissons; et que la richesse est subordonnée à la quantité de ces deux composants.

Ainsi, le phosphate de chaux n'est pas le pivot de la nutrition, et, malgré la quantité considérable qu'il en existe chez l'homme, nous devons ramener sa fonction au rôle modeste de phosphate de maçonnerie, d'élément de sustentation. Mais alors, tandis que son insolubilité dans l'eau était un obstacle à son emploi thérapeutique et à sa circulation physiologique, elle devient une qualité pour son rôle passif de support méca-

nique, et lui permet de résister à l'action dissolvante des milieux ambiants.

Nous verrons cependant qu'en prenant pour guide la très faible solubilité du phosphate de chaux, il pourra nous rendre des services en thérapeutique, à la condition d'être employé à dose très faible et fractionnée.

Le phosphate de chaux n'est pas le seul des phosphates que l'on rencontre chez les êtres vivants, et, quoique localisé en quantité énorme dans le système osseux, l'histoire de sa formation et de sa fonction n'est qu'un cas particulier de l'histoire et de la fonction des phosphates en général chez les êtres vivants.

C'est cette histoire des fonctions des phosphates chez les êtres vivants, que nous demandons la permission de vous esquisser à grands traits, nous réservant d'insister en particulier sur le phosphate de chaux, qui exerce une action puissante sur l'ossification en général, et sur la dentition en particulier.

Les phosphates que l'on rencontre chez les êtres vivants sont au nombre de cinq, savoir : des phosphates de potasse, de soude, de chaux, de magnésie et de fer.

L'acide phosphorique pouvant former trois combinaisons différentes avec une même base métallique, l'une mono, l'autre bi et la troisième trimétallique, nous dirons que les phosphates sont toujours trimétalliques dans les éléments de constitution, et qu'ils sont le plus souvent monométalliques dans les produits excrémentiels, ceux-ci ayant le plus généralement une réaction acide.

Les cinq phosphates précédents, auxquels nous pouvons donner le nom générique de phosphates organiques, se trouvent inégalement répartis dans tous les tissus; mais ce sur quoi nous appelons spécialement l'attention, c'est que *chacun de ces phosphates est prédominant dans un organe ou un système organique particulier.*

C'est ainsi que :

Le phosphate de potasse est prédominant dans l'appareil nerveux;

Le phosphate de soude est abondant dans le sérum hématique;

Le phosphate de fer est presque seul dans les globules du sang;

Le phosphate de magnésie prédomine dans les muscles;

Le phosphate de chaux est en excès dans les os.

Depuis que la science nous a doté du microscope, nous savons que chaque tissu, chaque organe est une fédération de cellules groupées de différentes manières, et la nutrition d'un organe n'est plus que la résultante nutritive de chacun des organes cellulaires qui le constituent.

Sans entrer dans les détails contenus dans notre brochure (1) nous en donnerons la conclusion, à savoir que : *les phosphates organiques sont disposés en un groupement méthodique au milieu des éléments histologiques figurés ; qu'ils en forment la charpente, comme les os sont le squelette des animaux supérieurs.* C'est à cette constitution minérale variable que les éléments histologiques doivent une partie de leurs propriétés physiques.

Dans ce mode de groupement minéro-organique, la cellule d'une part et sa charpente d'autre part conservent chacune dans une certaine mesure leur autonomie et peuvent se modifier physiologiquement et même pathologiquement dans des limites assez larges, sans que la vitalité soit détruite. Mais l'observation démontre que cette vitalité des éléments histologiques croît ou décroît selon que le support phosphaté augmente ou diminue de quantité. D'où nous avons tiré la conclusion suivante : *Que les phosphates sont les supports des éléments histologiques et les régulateurs de leur vitalité.*

Alors si l'on tient compte du mode de distribution de chacun des cinq phosphates organiques dans les grands départements physiologiques et si l'on considère que l'activité physiologique manifestée par la croissance, le travail, etc., varie dans chacun de ces départements, nous serons amenés à conclure que : *Selon l'âge et le système organique dans lequel est concentrée l'activité vitale, les besoins de l'organisme exigent des principes phosphatés différents.*

En effet, considérons d'abord l'enfant qui vient de naître. Chacun des différents systèmes organiques se développe simultanément et à peu près proportionnellement, mais il est certain que c'est surtout de phosphate de chaux dont il a un impérieux besoin pour compléter la minéralisation de son squelette. Aussi la nature prévoyante a-t-elle donné la prépondérance au phosphate de chaux dans la constitution minérale du lait. Lorsque le lait n'est pas assez riche en phosphate de chaux, nous indiquerons la manière d'en augmenter la richesse chez la nourrice et nous reviendrons sur son emploi en nature.

Dans la période de l'adolescence, les besoins de l'organisme changent. L'alimentation est plus complexe ; partant de là, elle peut fournir une quantité de principes nutritifs plus variés. Chaque département organique subissant un accroissement proportionnel, on peut dire que l'économie a besoin de tous ses phosphates de constitution. Cependant l'analyse chimique des principaux aliments a démontré que les phosphates du sang, c'est à dire les phosphates de fer et de soude qui sont les plus importants, puisqu'ils servent à former presque tous les autres, sont précisément ceux dont les aliments sont le plus pauvre. Alors, si l'on ne veut pas que les fonctions physiolo-

1. Des phosphates. — Leurs fonctions chez les êtres vivants.

giques restent en souffrance aussi bien que la croissance, il est absolument indispensable d'ajouter à l'alimentation ces phosphates en nature.

Dans l'âge mûr, les conditions physiologiques changent, la croissance est terminée. Pour la classe intelligente des villes, c'est dans le système nerveux que se trouve concentrée toute l'activité vitale ; d'abord, parce qu'il est le coordinateur de toutes les fonctions organiques, et ensuite parce qu'il est le siège des facultés intellectuelles, sensitives, etc. Les excès de travail, les plaisirs, les veilles sont les causes quotidiennes de suractivité.

La désassimilation du tissu nerveux élimine en forte proportion des phosphates et phosphoglycérates de potasse, car nous savons que les tissus nerveux sont les plus riches en principes phosphatés. Or, ces composés phosphatés potassiques se trouvent surtout dans les aliments de nature végétale; mais comme ils en sont relativement pauvres, d'une part (à l'exception des semences des légumineuses), qu'il faut en ingérer une assez grande quantité ; que, d'autre part, ils sont d'une digestion généralement difficile, ils ne tiennent dans l'alimentation qu'une place très petite, quand ils n'en sont pas tout à fait proscrits, parce que, par leur usage, la digestion, rendue longue et pénible, accaparerait une notable partie des forces, au détriment de l'appareil nerveux.

On comprend facilement alors pourquoi toutes les affections du système nerveux, telles que l'impuissance, la paralysie, le ramollissement, etc., deviennent de plus en plus fréquents dans ces classes, étant donnée la suractivité dont la dépense n'est pas couverte par l'alimentation.

Peut-on être surpris, après cela, si les enfants procréés dans de telles conditions ne sont pas robustes. En d'autres termes, l'abaissement de la richesse phosphatée des éléments histologiques produit l'affaiblissement général des individus, qui se repercute sur la descendance.

L'étude de l'ossification chez le jeune enfant va nous en fournir un exemple probant. Nous commencerons dès le début de la vie fœtale.

Les premiers indices de la grossesse se traduisent généralement par la décoloration rapide de la face, manifestation d'un état anémique qui s'établit. Des désordres nerveux sous forme d'appétit capricieux, des vomissements incoercibles se produisent. Toutes ces manifestations sont certainement l'indice de troubles nutritifs dans les éléments histologiques des divers départements physiologiques.

Les phosphates éliminés devraient se retrouver sinon totalement, du moins en grande partie dans l'urine. Or, bien loin qu'il en soit ainsi, on constate, au contraire, que les phosphates, s'ils ne sont pas complètement absents, se trouvent en quantité extrêmement minime et bien inférieure aux moyennes les plus basses. Un grand nombre de chimistes ont constaté

cet état particulier, et de plus ils ont observé que cet état se continue jusqu'entre le cinquième et le sixième mois de la grossesse.

D'autre part, le Dr Follin, le premier, je crois, a constaté l'existence de concrétions de phosphate de chaux disséminées dans la région du bassin pendant les premiers mois de la grossesse. Il a donné à ces dépôts le nom de concrétions ostéophytes. Après le sixième mois de la grossesse il n'en a jamais été constaté.

Nous expliquerons ces phénomènes de la manière suivante : A partir du cinquième mois, le fœtus aura besoin journellement d'une quantité anormale de phosphate de chaux pour la formation de son squelette. Ce phosphate de chaux, en raison de son insolubilité, le sang ne pourra pas le charrier en quantité suffisante en l'empruntant aux aliments. C'est donc en vue de cette dépense extraordinaire que la nature prévoyante a formé ces réserves de phosphate de chaux, en prenant tout l'acide phosphorique de désassimilation et la chaux des aliments. Et il est si vrai que les réserves de phosphate de chaux ont été créées dans ce but, qu'à partir du sixième mois on ne les retrouve plus. Mais alors on prévoit, comme conséquence forcée, que la quantité de phosphate de chaux accumulée dans les concrétions sera proportionnelle à la quantité d'acide phosphorique désassimilé, quantité qui est elle-même en rapport direct avec l'activité vitale et la richesse phosphatée histologique. Or, dans un grand nombre de cas, chez la femme des villes surtout, les éléments histologiques étant pour ainsi dire à la limite physiologique minimum de leur constitution minérale phosphatée, l'élimination de ces principes étant dès lors très faible, les réserves produites par cette dérivation ne peuvent être que minimes et insuffisantes ; aussi voyons-nous les mères subir un épuisement qui se manifeste sur le visage par une expression des plus douloureuses, et souvent il arrive que le drainage des phosphates est tel, qu'il va jusqu'à entraîner la réserve phosphatée calcaire du squelette et produire le ramollissement des os.

La formation de concrétions phosphatées calcaires dans le bassin de la femme enceinte n'est pas un fait exceptionnel. C'est une manière dont procède souvent la nature quand elle a besoin, à bref délai, de subvenir à des dépenses extraordinaires.

En voici un autre exemple que tout le monde peut vérifier. L'écrevisse renouvelle tous les ans, entre les mois de mai et septembre, son enveloppe crustacée, qui est riche en carbonate de chaux. Il est facile de vérifier ce fait en nourrissant à cette époque des écrevisses dans un bocal. Lorsque l'époque critique approche, elle cherche un abri, soit sous des pierres, dans des trous, etc., pour n'être pas dévorée à ce moment même par les autres écrevisses. Elle se débarrasse de sa vieille enveloppe, et la nouvelle apparaît aussi molle qu'une

membrane animale quelconque. Mais au bout de deux ou trois tours elle est devenue aussi dure que l'ancienne. Or, chez les écrevisses prêtes à muer, on trouve constamment sur les côtés de l'estomac deux corps essentiellement formés de carbonate de chaux, qu'on désigne sous le nom d'yeux d'écrevisses, à cause de leur forme spéciale hémisphérique. Ces deux pièces disparaissent pendant la mue, et on ne les retrouve plus dans les individus qui ont subi cette épreuve.

Nous avons dit que la désassimilation phosphatée est proportionnelle à l'activité vitale et à la richesse histologique; donc la formation des concrétions ostéophytes phosphatées dérivera directement de ces conditions. Or, comme c'est le sang qui est le dispensateur de l'organisme en phosphate, il faut alors fournir à l'économie ces phosphates. Pour plus amples renseignements, on peut consulter notre brochure « *Des Phosphates, etc.*, ». Chaque fois qu'il nous a été permis de faire des expériences sur des femmes ayant déjà un jeune enfant, nous avons pu constater que ce second enfant était bien plus robuste que le premier.

L'allaitement est la continuation de la grossesse. Le lait, sécrétion temporaire destinée à servir d'aliment à l'enfant pendant la première année, tout au moins, doit lui fournir principalement du phosphate de chaux. Or, la composition du lait présente de très grandes variations aussi bien chez la femme que chez la vache.

Nous pensons, après de nombreuses expériences, que les enfants ne trouvent pas dans le lait d'éléments minéralisateurs en quantité suffisante pour leurs besoins, et la nécessité qu'il y a d'employer les moyens médicaux les plus propres à enrichir ce lait. L'observation journalière permet de constater, aussi bien par l'aspect des nourrices que par celui des enfants, combien fréquemment leurs besoins physiologiques ne sont qu'imparfaitement satisfaits. Nous en ferons ressortir les conséquences dans un instant.

Aussitôt que nos recherches nous ont permis de savoir à quelle cause il fallait attribuer l'état souffreteux des enfants, nous avons expérimenté l'emploi des phosphates hématiques chez les nourrices. Nos essais ont été faits sur des femmes nourrissant leurs propres enfants et assistées par la Société protectrice de l'Enfance. En moins de huit jours de traitement, les résultats étaient déjà remarquables. Les nourrices se sentaient plus fortes, leur lait, sans être plus abondant, était plus riche, les enfants prenaient le sein moins fréquemment et profitaient cependant mieux, pour me servir de la propre expression des mères. Chez plusieurs de ces enfants, la diarrhée verte, dont ils étaient atteints, a disparu spontanément sous l'influence du régime reconstituant de la mère.

La conclusion que nous pouvons tirer de ces recherches c'est que, par l'emploi des phosphates hématiques, l'amélioration de la richesse du lait est d'autant plus grande qu'il était

antérieurement plus pauvre. Ce qui veut dire que la quantité de phosphate de chaux qui se forme dans le lait est forcément limitée.

Si nous voulons apprécier maintenant les conséquences qui peuvent résulter de l'insuffisance du phosphate de chaux sur la dentition des enfants, il nous suffit d'examiner les phénomènes physiologiques qui s'accomplissent durant l'évolution des éléments histologiques composant les dents. Cet examen est certainement d'une difficulté extrême, et il nous faut avouer que bien des points sont laissés à l'hypothèse ; mais quand on considère que dans toute la série des êtres vivants, les éléments analogues se nourrissent de la même manière, il n'y a aucune témérité à émettre des hypothèses, quand on s'appuie sur des analogies confirmées.

Au début de l'histogénèse des dents, les tissus rudimentaires apparaissent composés de cellules analogues aux cellules osseuses et comme elles formées de masse conjonctive. Des vaisseaux sanguins et des filets nerveux viennent aboutir à ces cellules et leur apportent du phosphate de chaux ou les matériaux pour en fabriquer. Ces matériaux pénètrent par osmose dans les cellules, s'y déposent méthodiquement et les durcissent. A mesure que le dépôt de phosphate de chaux s'effectue, la masse conjonctive azotée diminue par résorption.

Les dents sont des organes destinés au broyage des aliments ; c'est la partie extérieure, constituée par l'émail, qui produit le travail mécanique; aussi la formation des diverses parties de la dent est-elle centripète, c'est à dire que l'émail est la partie qui se forme en premier lieu; l'origine des cellules de l'émail est différente de celles du corps de la dent, mais elle est de nature conjonctive également. Seulement, en raison de la résistance que doit offrir l'émail, à cause de sa fonction, la résorption successive de la cellule est presque complète, à tel point que l'émail d'une dent complètement formée ne renferme plus que 3 0/0 de matière organique. Les cellules du corps de la dent ont une dureté moins grande, parce que la minéralisation est moins complète. Elles contiennent de 20 à 25 0/0 de matière organique.

La formation d'un sédiment minéral phosphaté calcaire dans les cellules dentaires et osseuses est une fonction propre et normale à ces cellules, c'est leur mode de vitalité et c'est le cycle qu'elles doivent accomplir régulièrement au même titre que la cellule musculaire fera de la fibre, au même titre encore que la cellule vivante végétale fera du ligneux. C'est la loi générale des éléments organisés vivants : que le mode d'évolution histogénique et le mode de nutrition sont corrélatifs de la fonction des organes dont ils font partie. Aussi est-ce également une loi générale chez tous les êtres vivants que lorsqu'un élément organisé est entravé dans son évolution normale,

pour une cause quelconque, sa vitalité se trouve diminuée ainsi que sa durée d'existence.

Et alors, comme preuve de cette loi, quand l'enfant en voie de développement ne reçoit pas une quantité suffisante de phosphate de chaux pour ses os et ses dents, est-il vraisemblable de penser qu'un certain nombre de cellules subiront un arrêt dans leur développement et leur vitalité sera atténuée. On comprendra facilement que ce sont de préférence les cellules dentaires qui subiront cette privation, parce qu'elles sont enchassées dans le tissu osseux, lequel tissu commencera par prendre et détourner à son profit tous les matériaux dont il aura besoin. La pénétration du phosphate de chaux dans les cellules dentaires se fait par osmose; il est donc à peu près certain que le premier dépôt apparaît comme noyau central, et ce noyau grossit par l'apport successif de matériaux qui se déposent à la partie externe du noyau. Par contre, la substance azotée conjonctive dont se composent les cellules rudimentaires des dents se résorbera à partir du centre, et en allant progressivement vers la circonférence. Mais alors si nous supposons deux cellules voisines subissant un arrêt de développement, nous aurons entre les deux noyaux centraux, calcaires et résistants une masse conjonctive moins dure qui pourra subir petit à petit et successivement l'action destructive des agents chimiques et des ferments existants ou pouvant se produire dans la bouche. Nous avons la conviction que, dans un certain nombre de cas, la carie prend naissance de cette manière.

Quelquefois aussi il peut arriver que le phosphate de chaux ne fasse pas défaut; mais alors nous avons des cellules histologiques dont la vitalité a été frappée dès l'origine par une affection constitutionnelle acquise ou héréditaire, comme la syphilis, par exemple, et quoi qu'on fasse, la carie se produira. L'expression « quoi qu'on fasse » serait certainement de trop, si le médecin ou le dentiste étaient renseignés sur les antécédents diathésiques des parents; mais nous savons tous, par expérience, que ces derniers se gardent bien de le faire.

Comme nous l'avons dit en commençant, les vues que nous exposons sur l'origine de la carie dentaire n'ont peut-être pas la certitude absolue que l'on doit exiger dans la science. Mais, à défaut d'autre chose, les raisonnements par analogie ont une certaine valeur dans les sciences expérimentales; ils permettent de découvrir et d'interpréter des phénomènes qui, sans cela, pourraient passer inaperçus.

Nous pensons que les détails dans lesquels nous venons d'entrer, en faisant ressortir l'importance du phosphate de chaux sur la dentition, vous ont encore indiqué que le mode rationnel de l'administrer consiste surtout dans l'usage d'un lait riche comme ceux que nous avons nommés. Quelquefois, enfin, il y a utilité à ajouter au lait le phosphate de chaux en nature; dans ce cas, nous ne connaissons pas de préparation

meilleure que le phosphate de chaux hydraté, en ayant soin de n'en donner que 5 centigrammes à la fois, et de ne pas répéter plus de trois à quatre fois par jour.

Pour nous résumer, nous dirons :

1° Le phosphate de chaux est le phosphate indispensable à l'enfant pour la minéralisation de son squelette et de ses dents.

2° Il est pour la plus grande partie un produit de formation intra-organique.

3° La production abondante est subordonnée à la vitalité générale histologique. Celle-ci est elle-même sous la dépendance directe de la richesse du sang en phosphates hématiques.

4° Les meilleurs modes d'administration du phosphate de chaux consistent d'abord dans l'emploi d'un lait riche d'une part, et ensuite dans l'addition de phosphate de chaux naturel hydraté, à la dose maximum de 5 centigrammes répétés trois à quatre fois par jour au plus.

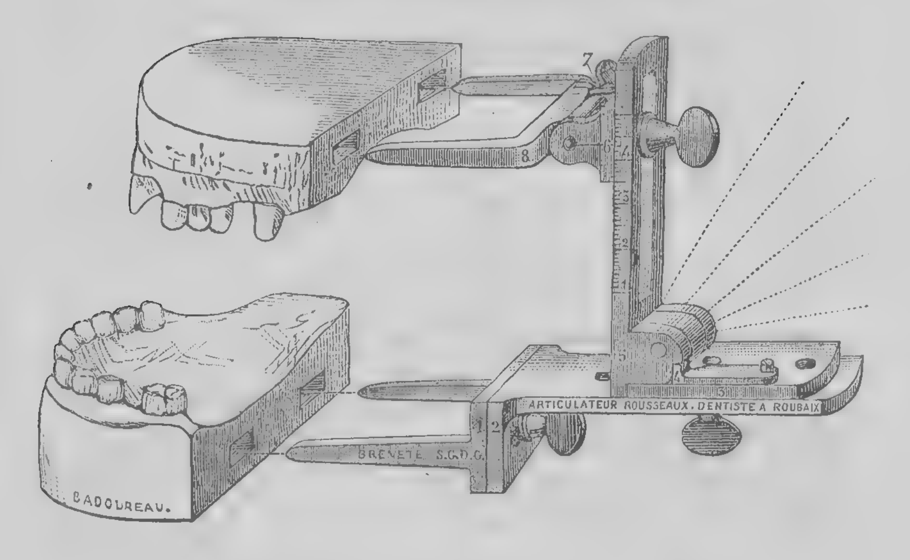
5° La carie des dents reconnaît pour cause fréquente l'insuffisance du phosphate de chaux chez l'enfant pendant l'ossification, et aussi, probablement plus souvent qu'on ne le croit, l'altération diathésique de la vitalité dans les éléments histologiques dûe à une affectio 1 constitutionnelle héréditaire. (Applaudissements.

Cette communication donne lieu à quelques questions de la part de MM. Poinsot, Godon, Dubois. La Société adresse de vifs remerciements à M. Jolly.

M. Viau. Messieurs, je vous présente au nom de M. Rousseaux, l'inventeur, un nouvel articulateur construit sur le plan de l'articulateur Noël, mais en différant sur plusieurs points. Il assure plus de mouvements que ce dernier et en est un perfectionnement notable.

Comme on le voit, les modèles se détachent isolément de l'articulateur avec une grande facilité, les mouvements latéraux d'abaissement, d'élévation, d'inclinaison à l'angle voulu sont des plus aisés. Si l'observation de la bouche au repos, si la pièce d'essai rendent nécessaires des modifications à l'articulation primitive, on peut les faire sans casser le plâtre et séance tenante devant le patient. Une échelle marquée en millimètres sert de point de repaire et de mesure précise dans les mouvements d'élévation et d'abaissement. Ainsi qu'on peut s'en assurer, une fois fixé, les parties ne sont pas susceptibles de se déranger. Si l'un des modèles a été éloigné, on peut le replacer sur l'articulateur dans sa position primitive. J'estime que cet articulateur est supérieur à tout ce qui a été fait jusqu'ici dans ce genre, et je suis convaincu qu'il rendra de grands services. (Applaudissements.)

ARTICULATEUR ROUSSEAUX



La pièce nº 1. Tourne sur son axe, glisse dans la coulisse.
--- nº 2. Support à coulisse.
--- nº 3. Faisant des mouvements de latéralité, deux trous de vis pour l'accentuer plus ou moins.
--- nº 4. Birlouet, en lui faisant faire demi tour, sert pour maintenir la pièce supérieure au repos.
--- nº 5. Support gradué à coulisse.
--- nº 6. Glissant dans la coulisse 5, gradué.
--- nº 7. Petite fourche servant de second point d'appui à la pièce 8.
--- nº 8. Mouvement de haut en bas pour le modèle supérieur.

M. Dubois fait une communication. Etude statistique sur l'étiologie et la pathologie du système dentaire (1).

M. Toinon fait une communication sur l'acide phénique, il revendique la priorité de l'emploi de ce produit en médecine pour le Dr Déclat, et appuie ses conclusions de preuves et de citations nombreuses.

La séance est levée à 11 heures.

Le Secrétaire général,
G. BLOCMAN.

---

(1) Cette communication sera insérée dans le numéro de septembre 1885.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Par M. Ch. Godon

1° Un champignon de la salive humaine; 2° Une dent dans l'ovaire; 3° De quelques troubles morbides pouvant indiquer l'épilepsie; 4° Mutilations dentaires; 5° Remplacement d'un os intermaxillaire; 6° Nouveau pansement antiseptique; 7° Action des antiseptiques sur les organismes supérieurs; 8° Protoxide d'azote pris pendant de longues séances.

Un champignon de la salive humaine. — M. Galippe ayant filtré de la salive à l'aide de l'appareil de Pasteur, et la salive filtrée n'ayant pas été traversée, j'ai vu apparaître à l'extrémité inférieure de la bougie filtrante (celle-ci n'étant point en contact avec le liquide) une sorte de touffe blanche. L'examen microscopique me montra que j'avais affaire à un champignon, constitué par des tubes de mycélium et par des spores isolés ou réunis en chapelets, dont je pus déterminer les relations réciproques. Les tubes de mycelium et les spores étaient d'un blanc nacré.

Mon premier soin fut de rechercher si je pouvais cultiver ce champignon en dehors de l'appareil Pasteur. A l'aide du tuyau de pipe stérilisé par la chaleur et la salive également stérilisée, il me fut facile d'obtenir une végétation abondante représentant exactement les caractères morphologiques du champignon original. Les difficultés de la détermination restaient les mêmes.

Soumis à l'examen de M. le professeur Van Tieghem, ce champinon fut reconnu n'appartenir ni aux *Penicilium* ni aux *Aspergillus* (avril 1884).

Sur le conseil de M. le professeur Cornu, j'ai cultivé ce champignon dans les cellules de Van Tieghem en me servant de salive stérilisée comme substratum de culture.

J'ai pu ainsi étudier toutes les phases du développement de ce champignon. La spore initiale donne naissance, à l'une de ses extrémités, à une expansion sphérique dont le volume, d'abord très petit, va en s'accroissant de plus en plus; cette sphère donne à son tour naissance à des expansions latérales et symétriques, qui s'allongent en produisant également des rameaux latéraux dont le nombre et la longueur vont en croissant avec une extrême rapidité. Les tubes de mycelium deviennent granuleux et se cloisonnent; les rameaux latéraux, quelquefois aussi les expansions terminales, se renflent à leur extrémité et donnent naissance à une première spore.

Les rameaux fructifères sont simples ou bifurqués. A la

première spore succède une seconde qui se forme dans la partie dilatée et terminale de la branche fructifère, et ainsi de suite, de telle sorte que la spore la plus vieille est à l'extrémité du chapelet, qui peut compter jusqu'à 25 spores. Les chapelets de spores ont une tendance à s'enrouler sur eux-mêmes.

Les spores qui ont végété dans les cellules de Van Tieghem au contact du liquide de culture sont légèrement gonflées. Leur diamètre transversal a, en moyenne, 5 p. 26, et leur diamètre longitudinal 6 p. 36.

Le diamètre de ces spores ne permet pas de supposer qu'elles aient jusqu'ici échappé à l'attention des observateurs. Il est plus probable qu'elles sont apportées par l'air dans la salive et qu'elles végètent dans la bougie filtrante, envoyant à travers la paroi de celle-ci des tubes de mycelium. Jusqu'ici nous n'avons observé l'apparition de ce champignon que dans les appareils où de la salive avait été filtrée.

Nous savons déjà que ce champignon n'est ni un *aspergillus* ni un *penicilium*, d'après l'examen qu'en a fait M. Cornu; d'après nos propres recherches, il doit être rapporté au genre *Manilla.* Il n'est figuré ni dans Corda, ni dans Cooke, ni dans Brefeld. Nous proposons donc de lui donner le nom de *Manilla sputicola.*

(Société de Biologie, 20 juin 1885.)

Une dent dans l'ovaire. — M. Monod place sous les yeux de ses collègues une pièce pathologique constituée par un kyste dermoïde de l'ovaire avec dents implantées dans la paroi kystique.

(Société de chirurgie, séance du 24 juin 1885.)

De quelques troubles morbides pouvant indiquer l'épilepsie. — M. Dubuc cite le cas suivant : J'ai observé, l'an dernier, un cultivateur, agé de 27 ans, qui était atteint d'une névralgie dentaire, laquelle s'accompagnait de perte de connaissance, se répétant un grand nombre de fois dans les 24 heures. L'avulsion des dents ne modifia pas cet état. Je prescrivis le bromure de potassium pendant plusieurs mois, et les attaques ont disparu. Elles n'ont jamais été accompagnées de perte d'urine ni de cri initial.

(Union médicale, 25 avril), *Société de médecine*, de Paris, séance du 11 avril 1885.

V. — MU TIATIONS DENTAIRES

Elles comprennent six variétés: A. mutilation par fracture;

enlèvement par le ciseau et le marteau des angles des incisives : Afrique occidentale, Haut-Nil, Mozambique, Nouvelle-Guinée ; B. mutilation par arrachement ; extraction des incisives : Congo, tribus nègres des rives de l'Albert-Nyansa, Australie, Tasmanie ; C. mutilation par limage des angles des incisives : Archipel malais ; D. mutilation par incrustations ; perforations en trou ou en gouttière pour loger, soit un clou, soit un fil de laiton : Dayaks de Bornéo, Battahs de Sumatra ; E. mutilation par abrasion ; sections transversales des couronnes d'incisives supérieures : Esquimaux, peuplades des rives du Mackensie ; F. mutilation par prognathisme artificiel : Mauresques du Sénégal (Faidherbe).

(*Communication à la Société d'Anthropologie, par M. Magitot, Séance du 8 janvier 1885.*)

Remplacement d'un os intermaxillaire. — M. Sauer présente un malade auquel M. Bardeleben a enlevé, pour un lupus, la partie moyenne de la mâchoire ainsi que le nez. La partie enlevée correspondait à peu près à l'os intermaxillaire. Les deux parties latérales de la plaie s'étant trop rapprochées à la suite de l'opération, les dents qu'elles portaient encore, au lieu de rencontrer celles de la machoire inférieure, tombaient au dedans d'elles.

Après avoir d'abord repoussé les parties latérales à droite et à gauche, à l'aide d'une plaque système Coffin, on interposa un ratelier en caoutchouc qui fut renforcé en avant par des plaques superposées pour dilater la lèvre. Enfin, on fixa à cet appareil un nez en caoutchouc, supporté en haut à l'aide de lunettes. La barbe que portait l'opéré contribue encore à lui donner un aspect normal.

(*Société de médecine berlinoise, 20 mai 1885. Semaine Médicale.*)

Nouveau pansement antiseptique. — M. Lucas-Championnière remplace actuellement le pansement de Lister par des préparations de poudre de bois de sapin, sous forme de ouate, de charpie et de poudre imbibée, selon les cas, de divers agents médicamenteux :

Soit du sublimé à 4 pour mille ou iodoforme passé au tamis.

Poudre de quinquina. Poudre de benjoin. Poudre de carbonate de magnésie saturée d'essence d'eucalyptus.	Parties égales.

M. Gillette emploie une poudre composée d'iodoforme, de charbons de sulfate de quinine et de menthe.

M. Trélat pense que de nombreux médicaments assurent

l'asepie et que le soin dans les manœuvres et l'exécution des pansements assure le succès avec nombre d'entre eux.

M. Marc-Sée, a un mode de pansement analogue à celui de M. Lucas-Championnière ; la différence est dans la composition de la poudre, il préfère le sous-nitrate de bismuth finement pulvérisé.

(Société de chirurgie. — Séance du 1er juillet 1885.)

Action des antiseptiques sur les organismes supérieurs, Acide phénique et résorcine. — MM. Maire, Pillate et Combemale étudient les effets généraux des antiseptiques, en les injectant en solution aqueuse dans le sang veineux. Lorsque la dose atteint 0 gr. 15, les accidents toxiques laissent des traces lentes à disparaître ; au-dessous de ce premier chiffre, le retour à la normale est rapide.

La résorcine agit d'une manière analogue à l'acide phénique, pourtant elle en diffère par : 1° une toxicité plus grande ; 2° par l'absence de résorcine dans la bave et dans l'air expiré ; 3° par un abaissement plus marqué de la température, une sensibilité plus obtuse, un affaissement plus considéable ; 4° par l'existence de congestions et d'inflammations spléniques, pancréatiques et mesentériques (Académie des sciences, 20 juillet 1885).

Protoxide d'azote, pris pendant de longues séances. — M. P. Bert présente une note sur un cas d'anesthésies répétées et prolongées. Un malade, voulant échapper aux douleurs déterminées par des coliques hépatiques, se soumit à des séances d'anesthésie, qui durèrent jusqu'à sept heures consécutives : il est vrai d'ajouter qu'il en résulta des troubles psychiques assez importants.

(Bulletin de la Société de Biologie. — Séance du 18 juillet.)

REVUE DE L'ÉTRANGER

Un nouveau moyen de fixer la digue. — Pour les dents antérieures, il est le plus souvent aisé de fixer la digue ; il n'en est pas toujours de même sur les grosses molaires ; la forme conique de la couronne, l'action des muscles de la joue, le resserrement des dents sont autant d'obtacles. Le clamps rend de grands services dans ces cas ; pourtant, les difficultés sont parfois telles, que des praticiens ingénieux, comme

MM. Barbe, de Paris et Stokes, de Londres, ont cherché dans une modification à la forme des clamps, au manuel opératoire, à rendre la pose de la digue toujours applicable.

L'expérience a montré la justesse et l'utilité de ces perfectionnements.

— Nous voudrions faire connaître le procédé de M. Herbs qui rendra aussi les plus grands services, et cela dans les cas particulièrement difficultueux : la pose de la digue sur une molaire serrée par ses deux voisines. Ce procédé est si simple, si pratique, qu'il sera utilisé par quiconque emploie quelque peu le *rubber-dam*.

— Une épingle limée et recourbée — afin de ne pas déchirer et de lui enlever un excès de longueur — est glissée à la façon d'un coin dans l'espace interstitiel, entre les deux dents où on veut d'abord fixer la digue ; une autre épingle est placée de la même manière dans le second interstice, celui où on veut que la digue s'arrête. On fait passer le caoutchouc par dessus la dent, puis au-dessous de la première épingle qui forme barre, dépassant légèrement du côté labial et du côté lingual ; on glisse ce caoutchouc par dessus là où les dents qu'on veut entourer et, enfin, par dessous la deuxième épingle. La digue est ainsi fixée sans gêne pour le patient, sans difficulté pour l'opérateur. Par ce moyen, on enserre une ou plusieurs dents; les mouvements, le repos de la mâchoire sont plus aisés; on ne risque pas de pincer la gencive comme avec les clamps. Les avantages de ce procédé seront appréciés de tous les praticiens.

R. Heidé.

Essais sur les obturations à l'amalgame, par M. C. S. Tomes. — Après les nombreuses et décisives expériences de M. G. Elliott, il paraît superflu de traiter à nouveau cette question de l'amalgame. Pourtant M. Tomes croit devoir présenter cet essai parce qu'il a un but essentiellement pratique.

Il s'est principalement occupé des plombages imperméables faits avec de l'amalgame, pensant que la profession avait surtout besoin d'un amalgame suffisamment plastique et facile à travailler (ce qui n'a pas lieu avec l'amalgame sec). Ce qui l'a engagé à entreprendre ces expériences, c'est que, étant à Philadelphie, le docteur Bonwill lui a montré des obturations à l'amalgame d'une perfection exceptionnelle, faites d'après sa méthode qu'il considère tout à fait différente de celle employée jusque-là

Voici du reste la description de la méthode du docteur Bonwill pour condenser l'amalgame, telle qu'elle a été décrite par M. Ewbank dans le *Journal of the British Dental Association*.

Pour l'obturation de deux cavités interstitielles (en prenant pour exemple les surfaces proximales d'une première et d'une seconde molaire): Après avoir préalablement séparé les dents

et préparé les cavités, l'on coupe autant que l'on peut les bords cervicaux au niveau de la gencive, et l'on enlève largement les parois labiales et linguales, afin de bien exposer les bords des obturations. L'on fait sur chaque côté de petits sillons, et, suivant la règle, des points de rétention sur les surfaces triturantes. L'on mélange l'amalgame, (celui dont se sert le docteur Bonwill pour reconstituer ses couronnes), avec assez de mercure pour former une masse ferme et en même temps plastique, puis, après avoir séché les cavités, on place une partie du mélange en dedans et entre les cavités. On l'étend à l'intérieur d'abord avec un brunissoir, puis on le comprime en appliquant une boulette de papier buvard sur laquelle on appuie très fortement avec un fouloir en acier à pointe mousse. Puis on insère une plus grande quantité d'amalgame, que l'on comprime de la même façon jusqu'à ce que les cavités soient complètement remplies. Pour terminer l'opération l'on fait une très forte pression à travers une boulette de papier au moyen d'un instrument inventé par le docteur Bonwill pour reconstituer ses couronnes artificielles (bicuspides et molaires).

Cet instrument consiste en un tampon en caoutchouc d'à peu près un pouce et demi de diamètre (soit 3 centimètres), émergeant légèrement d'une virole fixée sur un manche en bois, le plan de la virole et du caoutchouc étant dans un angle de 45° environ avec l'axe du manche, pour permettre de l'appliquer aux dernières molaires.

Les obturations ou plutôt l'obturation, car à ce temps de l'opération il n'y en a encore qu'une, est coupée jusqu'à ce que l'articulation soit libre (ce que l'on fait d'abord pour empêcher que l'amalgame ne soit chassé, puis on le façonne grossièrement sur le bord cervical à l'aide d'instruments en acier très fins, non striés sur leur surface, et l'opération est terminée pour cette séance. Un ou deux jours après, le malade revient et alors on divise les obturations avec une scie très fine, on arrange les côtés avec la pierre et les disques de corundum, et les bords cervicaux avec des fraises coniques, finalement l'on polit à la ponce, etc.

Les principales particularités de cette méthode sont : l'obturation simultanée de caries proximales, ce qui épargne beaucoup de temps ; l'usage des compressions énergiques sur des boulettes de papier buvard, ce qui permet d'appliquer l'amalgame exactement sur les parois des cavités, tandis que tout excès de mercure est rejeté sur les côtés. Enfin, par cette méthode, l'on évite l'émiettement qui est une source si commune de tracas avec l'amalgame très sec.

M. Tomes, continuant le compte rendu de ses expériences, faites en collaboration avec M. Baldwin, dit que tous les deux ont trouvé que, en opérant d'après la méthode du docteur Bonwill, ils étaient sûrs d'avoir une obturation imperméable.

Ce résultat a été obtenu aussi avec des amalgames autres que celui du docteur Bonwill.

Ils ont remarqué qu'en prenant de l'amalgame de Bonwill ou tout autre et le foulant avec les brunissoirs, le résultat n'était pas satisfaisant ; ils ont eu des obturations plus ou moins imperméables, mais on ne peut y avoir aucune confiance.

Ils ont essayé de se servir d'un morceau d'amalgame préalablement arrangé et façonné de manière à remplir la cavité, puis ils le tassaient soigneusement et fortement autour de la cavité.

Après tous ces différents essais que M. Baldwin et lui ont fait aussi complètement que possible, ils ont été amenés à cette conclusion : c'est que la méthode de Bonwill est la meilleure.

Enfin, pour terminer, M. Tomes dit que ses essais n'ont pas été assez nombreux ni assez étendus pour que les résultats établissent une conclusion définitive, mais qu'il faut les regarder comme de simples suggestions.

Discussion. — Le docteur Elliott. il y a deux ans, a entendu parler de la méthode du docteur Bonwill, et il a obturé des cavités de cette façon, avec plus ou moins de succès. Dans tous les cas il n'a pas trouvé cette méthode supérieure à l'ancienne, comme l'a fait M. Tomes d'après ses expériences. Il ne croit pas, étant donné la variété des conditions de chaque bouche, que des obturations faites sur des malades puissent fournir des preuves ou des informations bien certaines.

M, Stocken a toujours employé ses amalgames aussi secs que possible, de façon à assurer une obturation plastique lorsqu'elle est terminée. Il pense que par la méthode de Bonwill, le mercure chassé par compression peut entraîner avec lui quelques parties constituantes de l'amalgame.

M. W. H. Coffin est enclin à avoir une très bonne opinion de la méthode de Bonwill, avec d'autant plus de raison que son père fait ses obturations à l'amalgame de cette façon depuis quinze ou vingt ans.

Le docteur Bonwill a certainement introduit la méthode d'une façon toute indépendante et il mérite des éloges pour l'avoir présentée devant la profession.

Dr Sicard,

Société odontologique de la Grande-Bretagne.
Dental Record, juillet 1885.

Dignus est intrare. — Nous empruntons à la *Revue odontologique*, de Bruxelles, un spirituel article du D[r] Quinet. Que

ceux qui rêvent toujours l'ingérence du gouvernement dans les affaires des dentistes jugent l'état de choses qu'elle limpose. On s'est fort réjoui, autrefois, de l'article du projet Lefort, qui demandait aussi une opération sur le cadavre. Pour le dentiste, cette partie de l'examen officiel aurait eu quelque agrément. Il rappelle quelques-unes des pratiques de l'initiation franc-maçonnique, et les plus étonnantes fantaisies de Molière et d'Edgard Poë. P. D.

Un Examen de Dentiste, devant le Jury de Brabant, en Belgique

Nous avons assisté, il y a quelques jours, à une session d'examens de dentiste, à l'hôpital Saint-Jean, à Bruxelles.

Narrer cela gravement serait trop drôle, soyons léger comme l'examen.

D'abord il y eut beaucoup d'appelés à cet examen, mais peu d'élus, en ce sens, qu'un seul récipiendaire M. N. avait osé se présenter devant le jury de Brabant, composé de MM. les Drs Deroubaix, Van den Corput et Yseux.

Omne trinum perfectum. Ils étaient trois, trois médecins pour un examen de dentiste, trois académiciens peut-être, trois *scients* en toutes choses si vous voulez..... *et quibusdam aliis*, comme Pic de la Mirandole, mais fort peu initiés aux mille détails de l'art dentaire qui est une branche de l'art de guérir essentiellement et absolument pratique.

Il fallait un mathématicien, ce fut un danseur qui l'obtint...

Il serait si simple et si logique d'adjoindre à ce jury deux dentistes qui feraient subir l'examen pratique; ah, mais voilà, il suffit qu'une chose soit logique et simple pour qu'on ne la fasse pas.

Ceux qui s'occupent de l'enseignement supérieur chez nous : ministres, représentants ou professeurs, ont bien d'autres soucis et d'autres chats à fouetter.

Les premiers n'ont pas une minute à perdre pour tâcher de se maintenir quelques années dans l'état d'équilibre instable où ils sont placés, les seconds ont sans doute des loisirs, mais comme les faibles efforts qu'ils ont déjà faits depuis un demi-siècle, pour remédier aux lacunes de notre enseignement supérieur, sont venus se briser à l'indifférence et à l'inertie des pouvoirs, ils ronflent dans leur fromage et suivent les progrès des sciences médicales à vingt-cinq ans de distance. Car l'art dentaire officiel chez nous en est encore là.

Où là, me direz-vous?

A l'extraction parbleu, à l'extraction toujours, *extraction for ever.*

Mais, me direz-vous encore, ces messieurs du jury devraient au moins manifester le désir de voir un véritable dentiste parmi eux, ne fût-ce que pour l'examen pratique, la *dentisterie opératoire* et la prothèse, à moins qu'ils n'aient la prétention d'avoir la science infuse, ou qu'ils ne prennent à la lettre le dicton : il n'y a rien de neuf sous le soleil.

On ignore généralement ce qu'ils pensent, mais le seul désir qu'ils aient jamais manifesté est celui de rester sur place et en place. Eux seuls, le vieux système, et c'est assez.

Cependant la conservation des dents devrait sourire à ces conservateurs obstinés?

Pas encore jusqu'ici. Aussi l'examen est ce qu'on peut prévoir d'avance qu'il sera, c'est-à-dire, absolument théorique, complètement médical, insuffisant toujours et parfois ridicule, ou amusant comme ou voudra.

Nous disons ridicule ou amusant au choix ; ce fut précisément le cas de celui auquel nous venons d'assister.

Oyez plutôt.

Le récipiendaire, après avoir parfaitement réussi son examen écrit composé des deux questions suivantes : « Décrivez les caractères de « la première et de la seconde dentition — et, quels sont les carac- « tères des alvéoles des dents des mâchoires supérieure et infé- « rieure, » après avoir répondu fort convenablement à l'examen oral, lequel (je dois rendre justice ici aux examinateurs) roula sur ce qui touche de près aux organes dentaires — « périostite et ses suites — « indications de l'extraction des dents, irrégularités dentaires, denti- « frices, etc., » le récipiendaire fut prié de passer à l'examen pratique.

Le jury se leva et, suivi du candidat et du public qui assistait à l'épreuve, descendit de l'étage de l'hôpital par un petit escalier de pierres humides qui donnent froid dans le dos et ailleurs, à la salle de dissection des cadavres, salle qui sert aux études des élèves candidats en médecine.

C'était au mois de mai passé, les tables de zinc de l'amphithéâtre s'alignaient propres, étincelantes au soleil, comme une file de tables de restaurant.

MM. Van den Corput et Yseux, en braves augures officiels, se mirent à rire en voyant les tables absolument vierges de tout cadavre. Ils demandèrent aux garçons d'amphithéâtre de céans d'aller faire des fouilles dans le dessous de l'établissement, à la recherche de quelque débris humain qui fût, le plus possible, quelque chose ressemblant à un fragment de crâne avec des dents autour, car *l'examen pratique de dentiste en Belgique a toujours lieu sur des têtes de mort.*

Les domestiques partirent sans rire, eux, les malheureux, ils croient encore que c'est arrivé.

Pendant ce temps-là, les deux membres du jury, le candidat et le public s'entretenaient gaiement de cette situation drôlatique d'un élève dentiste attendant l'arrivée d'une tête de trépassé pour montrer son savoir faire.

On fit cette réflexion judicieuse que M. N... serait peut-être un dentiste d'un nouveau genre encore inconnu jusqu'ici, même aux Yankees, c'est-à-dire un dentiste qui n'exécuterait des opérations dentaires que sur des cadavres, comme qui dirait un spécialiste dentiste pour criminels, suicidés, noyés, pendus, broyés et autres raccourcis.

Car enfin, disait-on, s'il allait être bien payé pour cette besogne ; pourquoi pas, il n'y a pas de sot métier, et s'il pouvait s'acquitter honorablement de ses fonctions et en parfaite connaissance de son art, rien à dire, n'est-ce pas ?

Tout le monde pourrait-il en dire autant autour de lui ?

Il extrairait proprement des dents aux morts, pour les collections des musées, des écoles, des confrères, etc...

Mais, chut, voilà les garçons d'amphithéâtre qui reviennent, ils sont navrés, il n'y a rien dans le bas-fond du cloaque à dissection, rien, rien à mettre sous le davier du récipiendaire qui, le sourire sur les lèvres, attend de pied ferme.

On demande si une personne charitable de l'assemblée ne veut pas offrir son âme à Dieu et sa molaire à N..., celle-ci fût-elle

saine ; histoire de satisfaire à la loi belge qui prescrit un examen pratique. Tout le monde s'amuse beaucoup. En ce moment, les domestiques, peu rassurés, s'esquivent tout doucement pendant que le candidat tâte ses propres dents, comme s'il allait proposer au jury d'être *son propre dentiste*.

Vous voyez d'ici, n'est-ce pas? le succès d'hilarité de cette situation de vaudeville, c'est cependant la vérité absolue ce que je vous conte là.

Finalement on tira un crâne de l'armoire, l'on fit quelques questions sur la dent de sagesse de ce crâne, et sur une vaste carie de la deuxième grosse molaire inférieure du même crâne que M. Yseux déclara fort difficile à soigner. Puis il engagea l'élève à venir chercher son diplôme le 26 mai aux Palais des Académies, ce qu'il fit.

Et voilà l'examen de dentiste en Brabant. Pas de commentaires, n'est-ce pas ? c'est trop beau. Deux réflexions seulement : La première, c'est que le jury n'a pas rempli les conditions prescrites par la loi ; somme toute, il n'y a pas eu d'examen pratique, et le diplôme est délivré. Mais que ces messieurs se rassurent, M. N... est mécanicien-dentiste depuis 20 ans, et pourra pratiquer fort honorablement l'art dentaire moderne, car c'est un des rares récipiendaires qui sache un peu autre chose que l'extraction des dents, et qui pourra parfaitement soigner et conserver ces organes importants.

La seconde réflexion est celle-ci :

Pourquoi ne pas faire subir l'examen pratique à la clinique des dentistes attachés aux hôpitaux de Bruxelles ?

Les élèves opéreraient au moins sur des vivants et devant des gens compétents. Mais la vieille routine a des droits sacrés, et chez nous, l'on a beaucoup de respect pour les usages du bon vieux temps.

Nous verrons, dans un article prochain, ce que l'arrêté royal du 31 décembre 1884 a apporté de neuf aux programmes d'examen du dentiste en Belgique. Ne riez pas, il existe, il a paru au *Moniteur*, s'il vous plaît.

Dr QUINET.

EXAMEN GÉNÉRAL A L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

Questions posées par le professeur d'anatomie spéciale

M. le Docteur DECAUDIN (1)

Muscles masticateurs. --- Caractères spéciaux aux arcades dentaires de l'espèce humaine comparés à celle des animaux.

Articulation temporo-maxillaire. --- Tissus dentaires. (Dentine).

Muscles ptérygoïdiens. --- Tissus dentaires. (Email).

Glande parotide. --- Tissus dentaires. --- Cément.

Glande sous-maxillaire. --- Tissus mous de la dent. Périoste, pulpe, gencive.

Muscle buccinateur. --- Follicule dentaire en général, schematique, embryogenie.

Des lèvres. --- Organe de l'émail.

Muscles abaisseurs de la mâchoire.--- Organe de l'ivoire et pulpe.

Os hyoïde (ses rapports). --- Cavité pulpaire (pour chaque dent).

Os maxillaire inférieur, ses transformations pendant la dentition. --- Nerf dentaire inférieur.

Sinus maxillaire. --- Nerf dentaire supérieur.

Résistance des os de la face. --- Canal dentaire.

Région de la joue. (Canal de Stenon, nerf faciai, carotide. --- Stades de l'évolution du système dentaire. Développement des dents. (3 stades).

Langue. Squelette osseux, fibreux. Muscles, muqueuse, innervation. — Etat dentaire de l'enfant à la naissance, 9e mois.

Fosses nasales. — Eruption de dents (3 phases) en général.

Muqueuse buccale en général. — *Dents de lait.*

Voile du palais. — Articulation des dents. Leur engrènement à l'âge adulte.

Pharynx, ses rapports et ses muscles.

Chronologie des dents temporaires. (Eruption). — Eruption et chute.

Voûte palatine. — Chronologie des dents permanentes. — Eruption et chute. *(Mécanisme du remplacement).*

Etat des maxillaires à six ans. (Portion alvéolaire). — Le follicule une fois clos que deviennent les parties constitutives de ce follicule ?

Trous de la base du crâne. — Dent de sagesse.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

(Année 1885)

Art Dentaire et Sciences connexes

OUVRAGES, MÉMOIRES, ARTICLES, PUBLIÉS EN FRANÇAIS

CAZENEUVE. A propos de la préparation du protoxide d'azote (*Journ. de Pharmacie*, 15 janvier.)

REDIER. Formulaire de l'hygiène et de la pathologie de l'appareil dentaire avec les applications thérapeuthiques, 2e édit., in-16, 63 p. Masson.

PIERRE VIGIER. Du chlorhydrate de cocaine (*Gaz. hebdomadaire de Médecine,* 2 janvier.)

VULPIAN. Sur l'action anesthésique du chlorhydrate de cocaine (*Journ. de Pharmacie*, 2 janvier).

ROBIN. Nouveau dictionnaire abrégé de médecine, de chirurgie et de pharmacie et des sciences physiques, chimiques et naturelles. In-8 Doin.

BESTIOU. Note sur un cas de réimplantation tardive d'une dent saine (*Gaz. Hopit.*, 17 janvier).

POULET ET BOUSQUET. Traité de pathologie externe. Pathologie générale. I. Maladie des tissus. II. Pathologie des régions tête, cou et poitrine, Doin.

MOYNAC. Eléments de pathologie et de clinique chirurgicales, 4e édit., 2 vol., G. Stenheil.

REVERDIN ET MAYOR. Observations cliniques. Tumeur mixte de la parotide, extirpation ; écoulement de salive par la plaie. Guérison (*Revue Méd. de la Suisse*, Rome, Genève, 15 février).

HUMBERT. Epithelioma des lèvres et de la joue, autoplastie (*Gaz. des Hôpit.*, 8 janvier 1885).

TRÉLAT. Des polypes naso-pharyngiens (*Praticien,* 26 janvier).

GUIBERT. De l'aconitine dans les névralgies (*Gaz. des Hôpit.*, 27 janvier).

BEAUNIS H. et BOUCHARD. Nouveaux éléments d'anatomie descriptive et d'embryologie, 4e édit., 1022 p. J. B. Baillère.

HÉLIE. D'une forme de névralgie maxillaire, névralgie des édentés (Th. de Paris, 1884).

PASCAL. De l'électivité thérapeuthique et des indications de l'aconit. Th. de Paris. 242, 1884.

VERNEUIL. Adéno-phlegmon sous-maxillaire, abcès sous-périostique de la machoire. (*Gaz. des Hôpit.*, 14 février).)

COURSIER. Traitement des fistules salivaires du canal de Stenon. Th. de Paris. Ollivier Henry.

BERTHOD PAUL. Rhumatisme mono-articulaire aigu de l'articulation temporo-maxillaire (*Gaz. Médic.*, 7 février).

MALASSEZ. Sur l'existence d'amas épithéliaux autour de la racine des dents chez l'homme adulte et à l'état normal. (*Arch. de physiologie*, 15 février).

THIBIERGE. Des lésions de la muqueuse buccale dans le lichen plan (*Ann. de derm. et de syph.*, 25 février).

BOUDET (de Paris) Electricité médicale. Etudes électro-physiologiques et cliniques, fasc. I. Considérations générales sur la fonction musculaire et sur les effets chimiques du courant de pile. Doin.

DUNOGIER (E.). Deuxième note sur l'action anesthésique du chlorhydrate de cocaïne en odontologie, in-8°, 6 p. Bergerac, imp. Blanquie et Cᵒ.

. ABADIE. Essai sur quelques accidents de la première dentition. Th. de Paris. In-4°, 54 p.

MAUDIN. Note sur l'altération du chlorhydrate de cocaïne et de ses solutions (*Ann. des malad. de l'oreille*, mai).

PEROCHAUD. Recherches sur les tumeurs des glandes salivaires. Th. de Paris, Lecrosnier.

CHAMPAGNE. Recherches expérimentales et clinique sur l'anesthésie générale et locale par le bromure d'éthyle. Th. Lille.

BARATOUX. De la coca et de la cocaïne (*Quinz-Médic.*, 8 février).

GUIONNET. Rhumatisme articulaire subaigu de l'articulation temporo-maxillaire (*Courrier médical*, 28 février).

TRÉLAT. Sur la valeur des opérations plastiques sur le palais et sur la détermination de l'âge auquel il convient de les pratiquer. (BULLET. De la Société de chirurgie, mars).

DAVID, TH. L'anesthésie et les dentistes (*Gaz. des hopit.*, 5 février).

MOREAU. Staphylorraphie et uranoplastie, in-8°. Impr: Piette, Charleroi.

AUSSENAC. Contribution à l'étude des kystes du maxillaire inférieur. Th. in-4°, Montpellier.

TUSSAU. Fistule de la parotide et du canal de Sténon. Traitement nouveau. Th. Paris.

SPAAK. Nouvel agent hémostatique (*Journ. de méd. de Bruxelles*, mars.

VYS DE NICE. Des propriétés de la cocaïne (*Rec. d'oph*, février).

BARATOUX. Nécrose du temporal (*Rev. mens de laryng*, 1er avril).

LAGRANGE. Note sur un cas d'odontome embryoplastique développé aux dépens d'une dent surnuméraire (*Gaz. hebd. de méd.*, 10 avril).

LANCEREAU. Le scorbut des prisons du département de la Seine (*Ann. d'hyg. et de Méd. lég.*, avril).

BRISSAUD. Stomatite et endocartite infectieuse (*Progrès médical*, 18 avril).

THOMAS. L. Lectures sur l'histoire de la médecine. In-8°, 203 pages, Lecrosnier.

RIGOBET. Etude expérimentale sur les propriétés physiologiques et thérapeutiques du chlorhydrate de cocaïne.

GUÉRIN. Du pansement ouaté et de son application à la thérapeutique chirurgicale. J.-B. Baillère.

DUTERTRE. Des anesthésiques dans l'antiquité. J.-B. Baillère.

NÈGRE. Etude sur le chlorhydrate de cocaïne. J.-B. Baillère.

BARETTE. Note de thérapeutique chirurgicale; de l'anesthésie cutanée locale par le chlorhydrate de cocaïne. Impr. Decembre.

COLOMBEL. Etude expérimentale et clinique sur un nouveau procédé d'anesthésie mixte atropine, morphine et chloroforme.

MARTIN. De l'anesthésie par le protoxide d'azote avec ou sans tension. Lecrosnier.

P. BERT ET R. BLANCHARD. Eléments de zoologie. In-8°, 696 p. Masson.

MOYNAC. Complément au manuel de pathologie et de clinique médicales. In-18, 131 p. Steinheil.

Annuaire général des dentistes, suivi d'un mémorial thérapeutique du médecin-dentiste, par le Dr ANDRIEU. Doin.

KLEIN. Nouveaux éléments d'histologie. Traduit et annoté, par VARIOT, préface de CH. ROBIN. In-18. O. Doin.

HAUCK. Les piles thermo-électriques et les accumulateurs. Edit. franç., par G. FOURNIER *(Bibl. des actualités industr.)*

D. URBANITSKY. Les lampes électriques et leurs accessoires. Edit. franç., par G. FOURNIER *(Bibl. des act. industr.)*

KLEIN. Microbes et maladies. Guide pratique pour l'étude des micro-organismes. Edit. franç., par FABRE DOMERGUE *(Bibl. des act. industr.)*

REMIGNON. De la grenouillette congénitale par la dilatation du canal de Wharton imperforé. Th. de Paris.

CHABAUD. Contribution à l'étude de la syphilis du maxillaire inférieur.

RECLUS. KIRMISSON, PEYROT, BOUILLY. I. Manuel de pathologie externe. II. Maladies des régions, tête et rachis, par E. KIRMISSON, professeur agrégé de la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux.

HERNANDEZ. Hémorragies successives hémophilies. Th. de Paris.

RICOUX. Etude sur le traitement chirurgical de la névralgie rebelle et d'origine périphérique. Th. de Paris.

PETIT. J. M. Observation d'un cas de bec-de-lièvre compliqué de fissure alvéolaire. In-12, 14 p. (*Photographie*, Cettes, imp. Combes et Cº.)

GALIPPE V. Densité relative des dents du maxillaire supérieur et des dents du maxillaire inférieur *(In Connaissances médicales*, 5 février 1885).

GALIPPE V. De l'influence du sexe sur le cœfficient de résistance et sur la fréquence de la carie des dents (*In Connaiss. méd.*, 12 février 1885).

Galippe. De l'influence du côté sur la répartition de la carie (*In Connaiss. méd.*, 19 février 1885.

Galippe. Des rapports existant entre la composition chimique et la nutrition du système osseux et dentaire. (*In connaiss. méd.* 5 mars 1885.)

Galippe. Sur le volume des dents envisagé comme un visage de race. (*In Connaiss. méd.*, 12 mars 1885.)

Galippe. Composition chimique des dents. (*In connaiss. méd.*, 19-26 mars, 2 avril 1885.)

Coleman. Manuel de chirurgie et de pathologie dentaires. Traduction du Dr Darin. In-8°, 328 p. Ash et fils.

Droumeau. L'hygiène et les microbes. In-8°, 23 p. Imp. Siret, La Rochelle.

Graciette. Des parotidites dans la pneumonie (*Rev. méd.*, Toulouse, 15 juin).

Vignes. Du sublimé en chirurgie, Th. de Paris.

Colle. Des fistules osseuses d'origine dentaire, Th. de Paris.

Compain. Contribution à l'étude des injections hypodermiques du chlorhydrate de cocaïne, Th. de Paris.

Juranville. Recherches expérimentales et thérapeutiques sur l'action somnifère d'un glucoside du Boldo, Th. de Paris.

Campardon. Du thym, ses propriétés thérapeutiques, Doin.

OUVRAGES, MÉMOIRES, ARTICLES, PUBLIÉS EN LANGUES ÉTRANGÈRES

Cocaïne in dentistry. *British Medico Journ.* Londres, 3 janv.

Hillischer das cocaïne in der zahn elkunde. De la cocaïne en chirurgie dentaire, (*Med. Wosch.*, Vienne.)

Mackinstyre. De la lumière électrique en médecine. (*Med. Journ.* janvier, Glascow.)

Albert. Affections rares de la langue. (*Viener Med. Press.*, 4 janvier, Wien.)

Bossworth. Sarcome ayant envahi le pharynx, le palais, les amigdales, opération, guérison. (*Med. Rec.*, 17 janvier New-York.)

Willams. On assuring healty dentine over endangered pulps. Moyens d'assurer la santé de la dentine sans blesser la pulpe. (*Journ. of the Am. Med. Ass.*, 10 janvier.)

Strakan. Sur l'action de la Paraldehyde, nouvel anesthésique. (*Lancet*, 31 janv. Londres.)

Baumes. Lehrbach der Zahnheilkunz, 2e édit. (*Traité de Thérapeutique dentaire*, Leipsig, Félix.)

Harlan A. W. The removal of stains from the teeth caused by the administration of medicinal agents and the bleaching of pulpless teeth. Enlèvement des taches sur les dents lorsque causées par l'administration de médicaments. Blanchiment des dents mortes. (*Journ. of the Am-Medic. Ass.*, Chicago, 31 janvier.)

Brophy. Dead teeth in the jaws. Dents mortes restées dans les mâchoires. (*Journ. of the Americ Med. Assoc.*, Chicago, 17 janvier.)

Ackland. Cocaïne in dental surgery *(British Med. Journ.,* 11 avril, Londres).

Mosetig. Faut-il appliquer des cautèles antiseptiques dans les opérations dentaires sanglantes *(Vien. Med. Blatt,* 16 avril*)*.

Thudiohum. On coca and cocaïne; its history description, cultivation, méthod of préparation. In-8°. Baillère, Trudall et C°, Londres.

Scheff. L'influence des dents de lait et des dents permanentes sur le corps humain et la surveillance médicale de la période de dentition. Vienne.

Gilbert. Vulcanite and celluloïd. Instructions for their practical working. Caoutchouc et celluloïd. Instructions pratiques pour les travailler. S. S. White. Philadelphia.

Transactions of the Odontological Society, of Pensylvania from its organisation. Comptes rendus de la Société odontologique de Pensylvanie du jour de son organisation. In-8°, 211 p. Dr Ambler Tees, Philadelphia.

Caulk's. Dental annual, devoted to the collection and dissemination of statistics relating to the business and practice of dentistry, 1884-85. In-8°. 66 p. Annuaire de Caulh. Collection de renseignements et de statistiques sur les affaires et la pratique de l'art dentaire. Caulh. D. D. S. Camden. Del.

Thursfield. Note on two cases of removal of the, jaw. for tumours Note sur deux cas d'ablation de la mâchoire à la suite de tumeurs). Lancet, Londres, 13 juin.

Miller. Biologual studies ou the fungi of the human mouth (Etudes biologiques sur les micro-organismes buccaux chez l'homme) *(Indépendant Practitioner*, mai, juin 1885).

Crown. *Bar and Bridge. Work.* New. Methods of permanently adjusting artificial Teeth without Plates (Dents à pivots à barre et système à pont), Nouvelle méthode d'ajuster les dents artificielles sans plaque), par Isidore E. Clifford. And. R. E. Clifford. London, Simpkin, Marshall et C°.

Lyons. Hydrobromate de cocaïne *(Méd. Rec.*, New-York, 9 mai).

Miller. A new. imbedding process for microscopic-work. Un nouveau procédé de préparation des pièces microscopiques.

Pye V.-V. Surgical Handicaft Manual of surgical manipulations, Minor surgery, etc.; for the use of general practitioners and students vith special chapters ou aural surgery. Extraction of the teeth. Anesthesics Manuel de petite chirurgie à l'usage des praticiens et des étudiants, avec (chapitres spéciaux sur la chirurgie de l'oreille, l'extraction des dents, l'anesthésie).

Black. Dental caries and its relations to the germ theory of disease. *(Journ. of the med. Ass.* Chicago. 24 janvier).

Minor James. Caution in use of cocaïne. De la prudence dans l'emploi de la cocaïne. *(Med. Rec.* New-York. 7 février).

Scheck et Toeplitz. Maladies de la bouche et du nez. Rhinoscopie, in-8°, 242. Wien.

Schede. Du traitement anti-septique des plaies par le sublimé. Volhmanns Leipsig.

Weir James. L'organe du langage. *(The Louisville, Méd. News.* 14 mars.)

Lemon Félix. Electric illumination of the varions cavities of the human body faradisation, galvano, cauterisation and electrolysis by means of pocket accumulators *(Lancet.* 14-21 mars. Londres).

Lewis. Practical series dental surgery for général practitioners and stu-

dents in medicine. Chirurgie dentaire pour praticiens et étudiants en médecine. K. Lewis, Londres.

SCHAEFFER. La généralisation de l'antisepsie, son unité par l'emploi du mercure. *(Allg. Viener. Med.* 24 mars).

HOFMOHL. Extirpation d'un lipôme de la région sublinguale. Emploi de l'iodoforme, guérison en dix jours. *(Méd., chir. cené. Bl.* 10 avril. Wien.)

PATRICH. Irrégularitées in human teeth, or dental teratology. Irrégularités des dents humaines. Reprint from transactions Illinois state dental society. Belleville ill.

PATRICK. Closure of the jaws and removal of a tumor. Ohio. State journal of dental science. Toledo ohio. Ankylose de la mâchoire et enlèvement d'une tumeur.

CHAPIN. A. HARRIS. GORGAS. The principles and practice of dentistry including anatomy, physiology, pathology, therapeutis dental, surgery, and mechanism. 11e édit. in-8o, 994 pages. Blahiston, and son.

(Les principes et la pratique de la dentisterie comprenant l'anatomie, la physiologie, la thérapeutique, la chirurgie et la prothèse dentaire).

BARRETT. Dental surgery for practitioner, and students. (Chirurgie dentaire pour praticiens et étudiants). Blahiston and son, Philadelphia.

CAMPBELL. A method of treating fractures of the inferior maxilla. Une méthode de traiter les fractures du maxillaire inférieur. John Bale, and son. London.

GRADY. Dental jurisprudence. Reprinted from the American journal, of dental science for Jannuary 1884. (Jurisprudence dentaire).

YACH. LOUIS The depressed matrix. Les matrices déprimées. Dental cosmos, avril 1885.

Transactions of the american dental association at the 24e annual session held at Saratoga springs N. Y. Comptes rendus de la 24e session annuelle de l'association des dentistes américains. S. S. White Philadelphia.

FLOWER. On the size of the teeth, as a character of race. (Sur la forme de la dent comme caractéristique de la race). London.

PAUL DUBOIS

LA VIE POUR L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR

En posant la première pierre de la nouvelle Sorbonne, l'éminent ministre de l'Instruction publique, M. Goblet, répondant à M. Gréart, vice-recteur de l'Académie de Paris, a commenté la portée du décret récent, attribuant aux Facultés de l'Etat la personnalité civile en ce qu'elle permet d'hériter. Le ministre définit ainsi les conséquences de cette réforme.

« Désormais les Facultés et les Ecoles supérieures de l'Etat, « capables de recevoir et d'acquérir, de se former un « patrimoine et de le gérer, trouveront dans cette indépen- « dance nouvelle un stimulant puissant pour de nouveaux « progrès.

« Que ne peut-on attendre d'une semblable réforme, si,
« comme nous l'espérons, l'opinion publique l'adopte et s'en
« empare? Il me semble voir se former à l'avenir, à Paris et
« dans nos principales villes, de grands établissements scien-
« tifiques, sinon autonomes, du moins affranchis de la tu-
« telle trop étroite de l'Etat, s'administrant eux-mêmes, enri-
« chis par les largesses des citoyens, des départements et
« des villes, et appliquant ces ressources nouvelles à la créa-
« tion de laboratoires, de bibliothèques, de chaires diverses
« suivant le vœu des fondateurs et les besoins ou les goûts
« particuliers de la région ».

Si les Ecoles supérieures de l'Etat, si ces Facultés trouvent des ressources, un surcroît de force dans cette possibilité d'acquérir à titre gratuit, le bienfait serait encore plus nécessaire pour les établissements d'enseignement supérieur, qui ne demandent rien aux contribuables, tout en étant une force pour le renom et les intérêts de la République.

Les laboratoires, les bibliothèques, les chaires nombreuses leur sont aussi indispensables, et le legs peut les leur assurer.

Qu'on leur permette cette ressource et à côté de l'enseignement supérieur d'Etat on verra s'élever un enseignement libre, spécial, assurant à la France des institutions qui augmenteront sa puissance et sa vitalité. La conséquence de l'idée généreuse et libérale de M. Goblet, c'est que le Conseil d'Etat soit très large en matière de reconnaissance d'utilité publique, quand le sollicitant est un établissement d'enseignement supérieur, n'ayant aucune visée politique ou religieuse, admettant la surveillance des représentants de l'autorité civile ; quand elle émane d'une institution dont l'Etat ne pourrait assurer les services sans des dépenses considérables et en diminuant, en faisant dévier un mouvement qui aura d'autant plus de force utile, de souplesse et d'esprit progressif s'il reste aux mains des compétents et des intéressés.

Paul Dubois.

Nous sommes heureux d'apprendre que deux professeurs de l'Ecole dentaire de Paris, M. le Dr Gérard et M. le Dr Thomas, viennent d'être nommés officiers d'académie. Que les sympathiques professeurs reçoivent nos félicitations.

La 25e réunion annuelle de l'*American Dental Association* se tiendra, le 4 août 1885, à Minneapolis. Mimm.

PERFORATION PALATINE D'ORIGINE DOUTEUSE

M. Féréol présente à la Société médicale des hôpitaux, une malade de 23 ans, atteinte d'une perforation de la voûte palatine dont les bords sont irréguliers et légèrement érythéma-

teux. Cette perforation est consécutive à une gomme dont le début ne remonte pas à plus de 15 jours? S'agit-il d'une gomme syphilitique ou d'une gomme scrofulo-tuberculeuse. Cette malade, en effet, ne présente ancun antécédent ni aucune lésion syphilitique : elle a eu deux grossesses normales, pas de fausse couche, et ses enfants se portent bien. Elle ne présente pas non plus, il est vrai, de symptômes de tuberculose; cependant, elle a une constitution assez frèle, et il n'est pas bien démontré que son père ne soit pas mort de phtisie... Dans ces conditions, M. Féréol estime que le mieux est de soumettre cette malade à un traitement ioduré qui guérit aussi bien les manifestations syphilitiques que les accidents de la scrofule.

M. Dieulafoy. J'ai vu récemment une malade analogue : elle présentait sur le voile du palais une ulcération qui marcha avec une rapidité effrayante ; on ne put trouver dans les antécédents aucune trace de syphilis ; d'autre part, la recherche des bacilles fut absolument négative. Soumise à un traitement anti-syphilitique, cette malade guérit rapidement. Il faut donc admettre ou que cette angine était syphilitique, malgré l'absence de toute autre lésion antérieure, ou bien que le traitement mercuriel est efficace contre certaines angines même en dehors de la syphilis.

MM. Rendu, Ballet, Vidal, ont vu des cas analogues, et le traitement mercuriel en a toujours triomphé.

(Société médicale des hôpitaux.)

L'INOCULATION SYPHILITIQUE ACCIDENTELLE

Les praticiens doivent se souvenir que tous les instruments souillés du virus syphilitique peuvent être le véhicule de transmission de la maladie à des sujets sains. M. H. Leloir, professeur à la Faculté de Lille, publie ses excellentes leçons dans le *Progrès médical.* Nous y relevons quelques faits curieux d'inoculation accidentelle.

« Les objets de toilette sont souvent le véhicule du virus. « Fournier a publié dans la thèse de Poute (1878), l'observa- « tion d'une petite fille qui fut contaminée par une éponge. « B. Boxter a vu une brosse à dents être la cause de la conta- « mination. Des objets de bureau ont pu servir d'agents de « transmission de la vérole. Le regretté Homolle a relaté le « cas d'un médecin qui contracta un chancre de la bouche en « mâchonnant un coupe-papier dont il s'était servi pour exa- « miner la gorge d'un syphilitique. J'ai vu récemment un « chancre labial consécutif à la contamination par le moyen « d'un morceau de colle à bouche qu'un commerçant laissait « traîner sur son bureau, et dont un commis atteint de syphi- « lides buccales s'était servi à son insu.

« On a signalé comme cause de contamination la transplan-
« tation des dents.
« J'ai vu, il y a quelque temps, un malade atteint de
« chancre infectant de la gencive, chez lequel la contamination
« semble avoir été produite à la suite du nettoyage et du masti-
« cage d'une dent creuse au moyen d'instruments souillés.

(*Progrès médical*, 23 mai 1885, p. 412.)

Nous pourrions multiplier les citations et les faits connus de beaucoup d'entre nous. Qu'il suffise d'avoir présent à l'esprit la possibilité de l'inoculation du malade par l'opérateur, de l'opérateur par le malade, — et les exemples ne manquent pas, — par l'un des nombreux instruments de notre arsenal opératoire, que la plus petite excoriation augmente les chances de contamination de cette terrible maladie. Que cela rende bien évident l'impérieuse nécessité du lavage des instruments et des mains après chaque opération, surtout lorsqu'il y a soupçon de syphilis.

A bon entendeur, salut !

JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE

Dans le numéro de décembre 1884, nous insérions une lettre du docteur David protestant contre l'usage fait sans leur avis, de son nom et de celui de plusieurs membres du Conseil de direction de l'Ecole dentaire de Paris, par un journal non professionnel, le *Glaneur illustré*, dans une liste des principaux dentistes de Paris.

Ce journal avait refusé l'insertion de cette lettre, et le docteur David s'était vu obligé de demander aux tribunaux d'établir le bien-fondé de sa réclamation. Ainsi que le jugement ci-dessous le montre, le Tribunal lui a donné satisfaction.

Le Tribunal, après en avoir délibéré conformément à la loi.

En ce qui touche le délit de diffamation ;

Attendu que l'intention de nuire n'est pas établie.

Par ces motifs :

Renvoie Favereau, Mauras et de la Porterie des fins de la poursuite sur ce chef.

Attendu qu'il résulte des débats qu'en 1884, à Paris, Favereau, Mauras, de la Porterie ont refusé d'insérer une réponse à la publication d'un article paru dans le *Glaneur illustré*, à la date du 23 novembre 1884. Ce qui constitue le délit prévu et puni par l'article XIII de la loi du 29 juillet 1881.

Et attendu que par suite du délit ci-dessus établi, David justifie avoir éprouvé un préjudice pour lequel il lui est dû réparation et que le Tribunal a les éléments nécessaires pour l'apprécier;

Faisant application de l'article XIII, dont lecture a été donnée par le président et qui est ainsi conçu : Le gérant sera tenu d'insérer dans les trois jours de leur réception ou dans le plus prochain numéro, s'il n'en était pas publié avant l'expiration des trois jours, les réponses de toutes personnes nommées ou désignées dans le journal ou écrit périodique,

sous peine d'une amende de 50 à 500 francs, sans préjudice des autres peines et dommages-intérêts auquel l'article pourrait donner lieu. Cette insertion devra être faite à la même place et en mêmes caractères que celle qui l'aura provoquée. Elle sera gratuite lorsque les réponses ne dépasseront pas le double de la longueur dudit article. Si elles le dépassent, le prix d'insertion sera dû pour le surplus seulement. Il sera calculé au prix des annonces judiciaires;

Vu l'article 64 de la loi, ensemble l'article 463 du code pénal, considérant la peine en raison des circonstances atténuantes,

Condamne Favereau, Mauras et de la Porterie chacun à *25 francs* d'amende. Ordonne à titre de dommages et intérêts, l'insertion du présent jugement dans un journal, au choix du demandeur, sans que le coût puisse dépasser *deux cents francs*. Les condamne, en outre, tous trois solidairement aux dépens, lesquels, avancés par la partie civile, sont liquidés à 15 francs 55 centimes, fixe *à deux jours* pour le recouvrement des avances et à deux jours pour le recouvrement des dépens avancés par la partie civile, *la durée de la contrainte par corps*, s'il y a lieu de l'exercer contre chacun des condamnés.

Délivré par M. le greffier Mignet, le 12 mars 1885.

Si, dans la prochaine législature, on tente un nouvel essai de réglementation, soit par un projet de loi spécial, soit par un projet nous touchant indirectement comme le projet Chevandier, on peut être assuré que nos intérêts seront défendus.

UN PROJET MORT-NÉ

M. le docteur Chevandier avait pris l'initiative d'un projet de loi changeant les conditions d'exercice de la médecine et touchant à celles de l'art dentaire. Nous en extrayons ce qui nous concernait. Ce projet n'a plus désormais qu'une valeur rétrospective, la Chambre actuelle n'ayant plus le temps de l'examiner, et comme il n'a pas subi l'épreuve d'une lecture, de nouvelles propositions, la nomination d'une nouvelle commission, d'un nouveau rapporteur seront nécessaires pour amener les études au point actuel.

Art. 4. — Nul ne peut exercer l'art dentaire, prendre le titre de médecin ou de chirurgien-dentiste, de dentiste, s'il n'en a acquis le droit, soit en vertu des articles 1 et 11 (1) de la présente loi, *soit en vertu d'un diplôme spécial. Cette prescription ne sera applicable que du jour où un cours d'art dentaire existera depuis deux ans, dans toutes les facultés de médecine de l'Etat, écoles de plein exercice, écoles secondaires mixtes de médecine et de pharmacie ; et jusqu'au jour où dans chacune d'elles sera institué un jury d'examen, autorisé à délivrer un diplôme de médecin-dentiste.*

Les dentistes français ou étrangers, exerçant actuellement leur art, devront dans le délai de trois mois, à partir du jour de la promulgation de la présente loi, faire inscrire la déclaration de leur profession de dentiste à la sous-préfecture et au greffe du tribunal de première instance de l'arrondissement de leur domicile, pour conserver le libre exercice de leur profession.

Art. 15. — Exerce illégalement la médecine :

1° Toute personne qui, sans être munie d'un diplôme de docteur en médecine ou d'une autorisation spéciale, d'une commission ou d'un *brevet*

(1) Articles établissant l'obligation du doctorat et les conditions transitoires d'obtention de ce titre pour les officiers de santé.

spécial, ou qui, sans avoir fait enregistrer son titre, a l'habitude de conseiller un mode de traitement, l'usage d'un médicament ou d'une substance quelconque, qu'elle représente comme capable de guérir, ou de se livrer à des manœuvres ou opérations ayant le même but.

2° Toute personne qui, munie d'un titre régulier, sort des attributions que ce titre lui confère, notamment en prêtant son concours aux personnes visées dans le paragraphe précédent, à l'effet de les soustraire aux prescriptions de la présente loi.

Art. 16. — Le délit d'exercice illégal de la médecine ou de l'une de ses branches sera dénoncé aux tribunaux de police correctionnelle, à la diligence des procureurs de la République.

Les médecins interressés peuvent se porter partie civile.

Art. 17. — Le délit d'exercice illégal par défaut d'enregistrement de titre sera puni d'une amende de 25 à 50 francs et d'une amende double en cas de récidive,

L'exercice illégal, sans usurpation de titre, sera puni d'une amende de 100 à 500 francs. La récidive sera punie d'une amende de 500 à 1,000 fr. et d'un emprisonnemeut de quinze jours à 6 mois.

Art. 18. — Seront punis :

1° D'une amende de 500 à 1,000 francs, ceux qui, à l'exercice illégal, auront ajouté l'usurpation du titre d'accoucheur ou de *dentiste*.

2° D'une amende de 1,000 à 2,000 francs l'usurpation du titre d'officier de santé.

3° D'une amende de 1,500 à 3,000 francs, celle du titre de docteur en médcine. L'amende sera diminuée de moitié si elle est le fait d'un officier de santé ; d'un tiers, si elle est le fait d'une personne exerçant soit la pratique des accouchements, *soit l'art dentaire*.

La récidive, quelle qu'elle soit, entraînera pour tous les cas une amende double.

Elle sera punie en outre :

Pour le premier cas, d'un emprisonnement de six jours à un mois ;

Pour le deuxième, d'un emprisonnement d'un mois à six mois;

Pour le troisième, d'un emprisonnement de trois mois à un an.

La peine de l'emprisonnement sera réduite :

De moitié, si la récidive est le fait d'un officier de santé;

D'un tiers, si elle est le fait d'une personne munie du diplôme d'accoucheur ou de *dentiste*.

Art. 19. — Sera considéré comme ayant usurpé le titre de docteur, *le gradué étranger* ou l'officier de santé français qui fera précéder ou suivre son nom de cette qualité, s'il ne l'a obtenu devant une Faculté française.

Art. 20. — Il y a récidive lorsque, dans les cinq années antérieures, le prévenu a été condamné pour l'un des délits prévus par la présente loi, le délit résultant du défaut d'enregistrement du diplôme excepté.

Art. 21. — En cas de conviction de plusieurs des délits ci-dessus énoncés, les peines ne pourront être accumulées, si ce n'est à raison de ceux de ces délits qui seraient postérieurs au premier acte de poursuite, de façon à ce que, par le fait du cumul, l'emprisonnement ne puisse jamais dépasser deux ans et l'amende 3,000 francs.

Art. 22. — Lorsqu'un individu pratiquant aura été condamné à une peine afflictive et infamante ;

Lorsque la condamnation à des peines correctionnelles aura été prononcée pour crime de faux, pour délits de vol ou d'escroquerie, pour crimes ou délits prévus par les articles 316, 317, 331, 332, 333, 335, 345 du code pénal ;

Lorsque les cours d'assises condamneront à des peines correctionnelles pour des faits qualifiés crimes par la loi, la suspension temporaire ou l'incapacité absolue de l'exercice de la médecine ou de l'une de ses branches pourront être prononcées par le tribunal.

En aucun cas, cette mesure ne sera applicable aux crimes et délits politiques.

Art. 23. — Nulle modification ne pourra être apportée à cette loi que par une autre loi. (Concours médical, juillet 1885).

Il est superflu de faire remarquer ce que ce projet avait

d'incomplet, de mal coordonné. Nous attendions la mise à l'ordre du jour pour présenter à qui de droit les critiques qu'il soulève.

LA LOI SUR LES SYNDICATS PROFESSIONNELS DEVANT LA COUR DE CASSATION

Nous avons déjà informé nos lecteurs des causes de cette instance judiciaire. Les médecins de l'arrondissement de Domfront (Orne), constitués en syndicat, s'étaient portés partie civile dans un procès intenté à un rebouteur. Le Tribunal et la Cour d'appel leur avaient dénié le droit d'ester en justice collectivement et de se constituer en syndicat. La Cour de cassation vient de décider dans le même sens. Le Concours Médical vient de prendre l'initiative d'une pétition demandant à la Chambre de réformer la loi sur ce point, et de permettre aux professions libérales l'association sous forme de syndicats.

Nous ne savons si les dentistes seraient en ce cas assimilés aux médecins, et si l'interprétation étroite de la loi leur enlèverait le bénéfice de l'association ; les conclusions ci-dessous font penser que certains côtés industriels de leur profession les fait rentrer dans le nombre des bénéficiaires de la loi.

Voici cet arrêt :

ARRÊT :

Ouï, M. le conseiller Poulet, en son rapport, MM. Roger Marvaise et Sabatier, en leurs observations, et M. l'avocat général en ses conclusions.

Sur le premier moyen pris de la violation de la loi du 21 mars 1884 sur les syndicats professionnels :

Attendu que la loi sur les syndicats professionnels n'a point été rendue applicable à toutes les professions, que les travaux préparatoires ont constamment affirmé la volonté du législateur d'en restreindre les effets à ceux qui appartiennent, soit comme patrons, soit comme ouvriers ou salariés à l'industrie, au commerce et à l'agriculture, à l'exclusion de toutes autres personnes, de toutes autres professions ;

Que la loi n'est pas moins absolue dans ses termes, puisque, d'une part, dans l'article 6, elle réserve les droits qu'elle confère aux seuls syndicats de patrons et d'ouvriers; que d'autre part, dans l'article 3, elle limite l'objet de ces syndicats à l'étude et à la défense de ces intérêts économiques, industriels, commerciaux et agricoles, refusant ainsi le droit de former des syndicats à tous ceux qui n'ont à défendre aucun intérêt industriel, commercial ou agricole, ni par suite aucun intérêt économique se rattachant d'une façon générale à l'un des intérêts précédents ;

Qu'en déclarant, en conséquence, que les médecins, dont le nom n'a été prononcé ni dans la loi, ni dans la discussion de la loi du 21 mars 1884, n'avaient pu régulièrement former un syndicat professionnel dans les termes de ladite loi, l'arrêt attaqué en a justement interprété les dispositions;

Sur le deuxième moyen, etc.,

Par ces motifs, rejette le pourvoi de Lory et autres contre l'arrêt de la Cour d'appel de Caen, du 4 février 1885.

UN OUBLI REGRETTABLE

Nous lisons dans le *Correspondenz-Blatt*, nº de juillet 1885, p. 451, un article de M. Ernest Jessen, de Strasbourg, parlant d'une restauration faciale et buccale, comprenant un obturateur et un nez artificiel. L'auteur ne fait pas mention de l'appareil de M. Grovallet, décrit dans l'*Odontologie* (1), quoiqu'il en copie la disposition essentielle, consistant à faire tenir le nez par un prolongement intra-nasal de l'obturateur. Voici la description de M. le Dr Jessen : « Nous fîmes un « prolongement comprenant un « long tube carré en platine, entouré de caoutchouc lisse, arrondi, afin « de ne pas blesser les parties environnantes. Ce prolongement a pour « but de fixer le nez qui a, à sa partie postérieure, un pivot en platine, « divisé en deux moitiés, afin de faire ressort. Ce pivot s'adapte au tube « de l'obturateur. Le malade place tout d'abord ce dernier, puis le nez, en « faisant glisser le pivot dans le tube. On peut ensuite, s'il y a relâche- « ment, écarter les branches du pivot afin d'assurer une plus grande « fixité. »

Nous regrettons que notre confrère strasbourgeois n'ait pas fait mention de celui qui appliqua, le premier, le système dont il parle.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES DENTISTES DE FRANCE

EXTRAIT DES PROCÈS-VERBAUX DU CONSEIL DE DIRECTION

Séance du mardi 28 juillet 1885.

Présidence de M. Poinçot

M. le Président annonce la demande d'admission, comme membre de l'Association générale, de M. Léopold Avril, présenté par MM. Viau et Godon.

MM. Bastien et Sintès, récemment diplomés, demandent aussi leur inscription comme membres de l'Association.

Mme J. Leroy, institutrice, demande son inscription à l'école dentaire, pour les études préparatoires.

M. Eucher Faloy, herboriste de 1re classe et élève en pharmacie, demande à suivre les cours de l'école, en étant dispensé de la première année d'études.

Mme J. Leroy est admise comme élève de préparatoire, et M. Faloy est dispensé de l'année préparatoire et entre en première année.

M. le Trésorier annonce les souscriptions de MM. Blocmann et Sintès, chacun 100 fr.

M. Pelletier fait don au musée de l'Ecole d'un maxillaire de poisson et d'une dent fossile.

M. Bonnet offre une dent d'hippopotame.

(1) Novembre 1883, p. 339.

Le Conseil décide que M. le Trésorier présentera l'état des recettes et des dépenses à la prochaine réunion.

M. Chauvin donne lecture du rapport de la commission des examens sur les épreuves de la session de juillet.

Messieurs, dit-il, j'ai l'honneur de vous présenter, au nom de la commission des examens, le résultat des épreuves de la session de juillet.

Pour les épreuves de fin de première année, douze étudiants ont été déclarés admis à passer leurs examens théoriques, après avoir subi avec succès leurs épreuves pratiques. Ce sont : MM. Maire, Roy, Gravière, Billebaut, Mousis, Duvoisin, Brodhurst, Flavien, Hénon, Hess, Lespine, Jactel.

Sur ces douze candidats, dix ont obtenu un nombre de points supérieur au minimum exigé pour être admis à suivre les cours de deuxième année.

Ce sont : MM. Maire 41, Roy 40, Gravière 38 1/2, Billebaut, Mousis 36, Duvoisin 35 1/2, Brodhurst 35, Flavien 33, Hénon 32 1/2, Hess 32; minimum fixé à 30.

Nous avons donc l'honneur de vous proposer d'approuver et de sanctionner les résultats des examens de la première année pour la session de juillet, de déclarer admis à suivre les cours de deuxième année : MM. Maire, Roy, Gravière, Billebaut, Mousis, Duvoisin, Brodhurst, Flavien, Hénon, Hess; et de déclarer que MM. Lespine et Jactel sont remis à la session d'octobre pour recommencer leurs épreuves théoriques.

Ces deux élèves ont cru devoir se plaindre; la commission, après examen, ne juge pas leurs réclamations fondées. Le conseil en décidera.

EXAMENS DE DEUXIÈME ANNÉE

Les épreuves pratiques ont été subies avec succès par MM. Trallero Eilertsen, Quiroga, Jean Françis, Barrié, Mlle Busquet, MM. Bastien, Charlier, Sintès, Fayot, Ménétrier, Ménant, Lefèvre, Héraud, qui ont été par ce fait admis à passer les examens théoriques. Pourtant l'examen de prothèse a donné lieu à des réclamations; vous jugerez à cet égard. Après enquête minutieuse, nous avons acquis la certitude que pour deux élèves les dénonciations ne s'appuyaient pas sur des épreuves, ou qu'elles étaient sans motifs. Un élève a commis une irrégularité, et quoique nous soyons convaincus que celui qui en est l'auteur ne l'a pas faite dans le but de frauder, il n'en avait pas besoin, il est de notre devoir de vous demander que cette partie de son épreuve pratique soit annulée et qu'il soit tenu de la recommencer.

Sur quatorze candidats, douze ont obtenu un nombre de points supérieur au minimum, deux n'ont pu l'atteindre ; l'un d'eux, à qui il ne manquait qu'un point, nous a soumis une réclamation à propos de l'une des épreuves subies, il croit être victime d'une erreur ; après enquête auprès de l'examinateur, nous avons acquis la conviction que la note donnée lui avait été comptée. Le Conseil décidera s'il peut, en présence d'un élève notoirement travailleur, lui accorder sa bienveillance.

En conséquence, nous avons l'honneur de vous demander de déclarer que MM. :

Trallero,	95 1/2.	Charlier,	72.
Eilertsen,	92 1/2.	Saintès,	71 1/2.
Quiroga,	91 1/2.	Fayot,	71 1/2.
Jean,	86.	Ménétrier,	71.
Mlle Busquet,	79.	Ménaut,	66 1/2.
Bastien,	76.		

ont le nombre de points nécessaire pour obtenir le diplôme de l'Ecole dentaire de Paris. M. Traller, la première médaille. M. Eilertsen,

la deuxième et M. Quiroga, la troisième; que M. B.... est remis au mois d'octobre pour recommencer son examen de prothèse seulement.

Les examens de l'année préparatoire ont donné les résultats suivants :

Hilpert, 14 1/2.
Choquet, 14 1/2.
Mme Papot, 10.

Ces candidats ayant obtenu la moitie plus un, nous vous proposons de les admettre à suivre les cours de première année.

Le conseil vote toutes les conclusions de ce rapport.

Pour la Commission,
Le Président :
L. Richard-Chauvin.

Le secrétaire des séances
L. Bioux.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'apprendre le décès de deux de nos confrères, MM. Richer et Giraud, morts tous deux à l'âge des espérances et de la plénitude des facultés. M. Richer avait 35 ans; il avait fondé, de concert avec notre collègue M. Bugnot, un des principaux cabinets de province.

M. Giraud, (docteur en médecine), n'avait que 31 ans. Tout récemment il était devenu notre confrère et avait été nommé professeur à l'Institut odontotechnique. Malgré ses études antérieures, ses qualités d'esprit, il n'avait pu acquérir encore l'expérience et l'habileté pratique pour exercer notre difficile profession avec succès, et les difficultés matérielles qui l'assaillirent ces derniers temps furent pour beaucoup dans sa fin précoce.

M. Devillmeur était un vétéran de l'art dentaire, qu'il pratiqua au début de sa vie. Depuis, il s'était consacré à la fourniture pour dentistes, et dans la fabrication des dents minérales il réalisa des perfectionnements notables. Sa fabrique était restée la seule dans ce genre en France, et ses dents avaient gardé une place à part à côté des dents de fabrication étrangère. La dureté de leur pâte était surtout appréciée. Nous souhaitons que cette marque française ne disparaisse pas.

Le pays où furent faites les premières dents minérales ne peut abandonner la lutte, et nous espérons que l'esprit d'initiative et les capitaux, ne manqueront pas à ceux qui auront le courage de la continuer.

AVIS

—

L'*Aide-Mémoire* du Chirurgien-Dentiste est en vente chez les fournisseurs pour Dentistes.

Pour la vente en gros, s'adresser à M. Paul Dubois, 104, rue Saint-Lazare, ou à M. Lecrosnier, éditeur, place de l'Ecole-de-Médecine.

Prix cartonné : 5 fr.

En vente chez tous les fournisseurs pour Dentistes.
Le prix des frais de recouvrement est à la charge des souscripteurs.

Traductions d'allemand et d'espagnol. — *Rédaction* de mémoires scientifiques ou industriels. — Prise de *Brevets d'invention* en France et à l'Etranger.

Ecrire à M. O. FRION, aux soins de M. PAUL DUBOIS, au bureau du Journal.

PUBLICATIONS REÇUES

Le Progrès Dentaire.
L'Art Dentaire.
Revue Odontologique.
Revue Odontologique de Bruxelles.
Dental Cosmos.
Dental Register.
Dental Advertisser.
Dental Office and Laboratory.
Indépendant-Practitioner.
El Progresso Dental Habana.
Le Concours Médical.
Dental Record.
Correspondez Blatt.
Centralblattfur Zahneilkunde.
Deustche Vierteljanresschritt.
Vierteljahrsschritt für.Zauheilkunde.
Die Zahntechnische reform.
L'Union Médicale.
Le Progrès Médical.
Journal d'Hygiène.
Revue de Thérapeutique.
Hygiène pour tous.
Messager odontologique (russe).
Shandinavish Tidss Krift for Tandlaeger.

ASSOCIATION GÉNÉRALE
DES
DENTISTES DE FRANCE
Siège social : rue Richer, 23, à Paris

L'ASSOCIATION COMPREND :

1o L'Ecole et l'Hôpital dentaires de Paris (Société civile) ;
2o La Société d'Odontologie de Paris (Sociéte scientifique ;
3° Le Syndicat professionnel et la Caisse de Prévoyance des Dentistes ;
4o Le Journal l'*Odontologie*.

BUREAU

MM. LECAUDEY, *Président*.
Dr Th. DAVID, *Directeur de l'Ecole*.
P. POINSOT, *Vice-Président*.
M. WIESNER, — —
Ch. GODON, *Secrétaire général*.
G. VIAU. *Secrétaire correspondant*.
A. RONNET, *Trésorier*.
L. THOMAS, *Bibliothécaire*.
P. DUBOIS, *Sous-Bibliothécaire*.
G. BLOCMAN, *Conservateur du Musée*.

MEMBRES DU CONSEIL

A Aubeau.	A. Dugit.	Lowenthal.	Pillette.
Barbe.	F. Gardenat.	De Lemos.	Legret.
L. Bioux.	Lemerle.	Pinard.	Dr Thomas.
R. Chauvin.	M. Levett.		

MEMBRES HONORAIRES

E. Billard. — P. Chrétien. — Debray. — Delsart. — A. Dugit père.

AVIS

L'Association générale des Dentistes de France, issue du groupe de confrères qui, depuis 1879, a pris en main et poursuit avec un succès constant la cause du relèvement moral et scientifique de la profession, est composée de plus de trois cents dentistes. L'Association offre à ses membres, par l'*Ecole dentaire,* un enseignement professionnel complet; par sa *Société d'Odontologie*, une réunion scientifique pour l'étude et l'expérimentation des œuvres nouvelles; par son *Syndicat professionnel*, un organe pour la défense des intérêts de tous; par sa *Caisse de prévoyance,* des secours dans les cas de malheur ou de maladie et, enfin, par son *Journal,* un moyen de publicité pour tout ce qui est nouveau et utile.

Les Dentistes, Médecins, ou Fournisseurs pour Dentistes, qui désirent faire partie de l'Association, sont priés d'adresser une demande appuyée par deux membres de la Société à *M. le Secrétaire général de l'Association,* **23, rue Richer, à Paris.**

La cotisation annuelle est de *vingt francs*.

(Les membres du Cercle des Dentistes, de l'Association scientifique, ainsi que les souscripteurs et les diplomés de l'Ecole Dentaire font de droit partie de l'association). Tous les membres de l'association reçoivent gratuitement le journal.

VOL. 5. Paris, Septembre 1885. N° 9.

L'ODONTOLOGIE

TABLE DES MATIÈRES POUR SEPTEMBRE 1885

L'ODONTOLOGIE DANS L'ANTIQUITÉ

Par le Dr L. THOMAS

Il est toujours intéressant pour ceux qui exercent un art ou s'intéressent à son avenir, de remonter à ses origines, de le suivre dans un milieu différent du nôtre, dans des sociétés disparues; de voir à la suite de quels tâtonnements, de quelles vicissitudes doctrinales ont été peu à peu élaborées les notions scientifiques qui lui servent de base. Notre époque est, pour les dentistes, une époque de transition, mais de transition progressive. Ils ont conquis leur autonomie, perfectionné leurs procédés de recherches, augmenté leurs ressources thérapeutiques; enfin, substitué à l'éducation individuelle un mode d'instruction plus rationnel: l'enseignement collectif dans l'école professionnelle en est la meilleure expression. Les anciens ne connurent rien de pareil. Eurent-ils des praticiens comparables à ceux de nos jours, s'occupant exclusivement comme eux, du système dentaire et de ses annexes, l'étudiant à l'état de santé et de maladie, s'efforçant de maintenir son intégrité et de réparer les désordres qu'ils n'avaient pu prévenir? C'est chose probable, mais non certaine. En revanche, nous savons parfaitement que les médecins grecs et romains

étudièrent avec soin les maladies de la bouche ; qu'ils connurent une grande partie de celles que nous observons ; qu'ils eurent sur leur pathogénie et leur marche des idées d'une parfaite justesse. Nous allons passer brièvement en revue ce qu'ils ont écrit à ce sujet.

CHAPITRE PREMIER

L'ODONTOLOGIE CHEZ HIPPOCRATE ET LES HIPPOCRATISTES ANATOMIE DENTAIRE D'ARISTOTE.

Si nous répétions, pour les pays helléniques, la question que nous venons de poser, nous serions obligés d'avouer que les documents capables d'aider à y répondre font défaut. Aucun terme caractéristique ne correspond à notre mot « dentiste. » Autant les Egyptiens avaient de prédilection pour la spécialité, autant les Grecs en avaient peu.

Soranus d'Ephèse, que nous connaissons surtout comme accoucheur, s'occupa autant de physiologie et de pathologie générale que d'obstétrique ; Hérophile l'anatomiste était avant tout un médecin. Les Grecs aimaient la science pour elle-même ; la vivacité de leur imagination, leur hardiesse philosophique ne leur permettaient guère de se cantonner dans un territoire limité. Aristote, qui tente un classement des médecins, se base sur leur instruction générale. En première ligne vient le savant ; en seconde l'empirique, que ses aspirations et la modestie de ses connaissances rapprochent de l'artisan. Partout l'exercice de l'art de guérir fut à peu près libre ; à Athènes, du temps de Xénophon, on l'accorde à qui présente un certificat d'études sous un maître. Les descendants d'Asklépios, médecins par hérédité, enseignaient et pratiquaient ; leur aïeul et leur protecteur ne dédaignait pas de leur faire concurrence : on l'appelait le Sauveur, parce que c'était de lui que les malades attendaient surtout leur salut. Ses prêtres, qui interprétaient les songes de la veillée sacrée, faisaient office de masseurs, de chirurgiens, d'oculistes, de dentistes, si le Dieu avait prescrit autre chose que des prières et des sacrifices.

Au ve siècle avant notre ère, l'étude des maladies de la bouche était à peine ébauchée ; quelques observations superficielles et sans liens, des doctrines naïves ou fausses, voilà tout ce que l'on trouve dans les livres les plus anciens. Hippocrate ou Polybe, son contemporain, déclaraient que les dents apparaissent chez le fœtus au septième mois. Rien n'indique qu'ils aient essayé d'en distinguer différentes espèces ; quand le premier parle de complications dentaires dans certaines maladies, il les localise avec une difficulté et une gaucherie d'ex-

pression démontrant l'absence de toute nomenclature systématique. « La cinquième dent, comptée à partir de celles de devant, présente quatre racines unies deux à deux à chacune des dents voisines et tournées par leur pointe en dedans, une autre qui avait au milieu une petite tubérosité et deux en avant. » Cette ignorance, à une époque où la pathologie présentait déjà un caractère scientifique, est peu faite pour surprendre. Les médecins d'alors, comme tous les Asklépiades, s'attachèrent surtout à la constatation des signes morbides ; ils avaient seulement sur la disposition et la structure des organes des notions imparfaites qu'on leur inculquaient dès l'enfance. Un passage d'un autre livre d'Hippocrate semble directement contredire notre assertion : il insiste sur les vaisseaux dentaires, sur leur rôle, sur la manière dont les aliments, transformés, arrivent jusque dans l'épaisseur des mâchoires.

« Voici pourquoi, dit-il, les dents naissent postérieurement à tous les autres os : dans la mâchoire inférieure, il y a des veines creuses. Ce sont les seuls os qui reçoivent par les veines l'aliment ; or, les os croissent par un accroissement qui leur est semblable, et, de fait, toutes les autres parties du corps croissent par un accroissement qui leur est semblable. Les veines provenant du ventre et des intestins où se rassemblent les aliments et les boissons y puisent, quand cela est échauffé, ce qu'il y a de plus ténu et de plus liquide ; tandis que tout ce qu'il y a de plus épais reste et se transforme en excrément dans les intestins inférieurs. Je reviens à la raison pour laquelle les dents naissent en dernier ; j'ai dit plus haut que les mâchoires, seules entre les os, renferment des veines dans leur intérieur ; c'est pourquoi elles attirent plus de nourriture que les autres os. Ayant plus de nourriture et un afflux plus abondant, elles engendrent par elles-même un accroissement qui est comme elles sont, et elles l'engendrent jusqu'à ce que l'homme ait crû tout entier. Il croît quand il est devenu formé et il devient surtout formé de 7 à 14 ans. C'est dans cet intervalle que naissent les plus grosses dents et toutes celles qui remplacent les dents de la nourriture dans la matrice. Il croît aussi jusqu'à la troisième semaine, où il devient un jeune homme, et jusqu'à la quatrième et à la cinquième. Dans la quatrième semaine, *naissent chez la plupart des hommes deux dents dites de sagesse* (1). »

Tout cela vient d'un traité d'anatomie générale intitulé : DES CHAIRS, un des plus modernes de la collection hippocratique, et probablement postérieur à Aristote.

Les données d'étiologie ne sont pas plus nombreuses ; le froid est l'ennemi des dents ; elles deviennent douloureuses par suite de l'amas du phlegme sous les racines. La carie survient parce qu'elles sont rongées par ce phlegme ou par les

(1) Ed. Littré, t. VIII, p. 802.

débris alimentaires; elle frappe de préférence les plus faibles, les moins adhérentes. (1).

Nous retrouverons chez tous les médecins grecs cette doctrine pathogénique.

Hippocrate s'intéresse beaucoup aux indices pronostiques fournis par le système dentaire et aux accidents de la dentition. Chez l'enfant, elle est marquée par des inquiétudes du côté des gencives, de la fièvre, de la diarrhée, des convulsions (2), accident très grave qui menace surtout les gros enfants sujets à la constipation. La somnolence est d'un fâcheux pronostic ; la toux habituelle et fréquente ; prolonge et rend laborieuse l'évolution dentaire.

Chez les adolescents et les adultes on voit se développer dans le cours des fièvres des symptômes buccaux. Autant qu'on peut en juger par la lecture des observations, Hippocrate prenait pour un épiphénomène l'affection fondamentale ; il a vu des périostites aiguës ou suraiguës des mâchoires accompagnées d'une fièvre assez intense pour mettre la vie en danger ; c'est elle surtout qui le préoccupe. Le sphacèle d'une dent dissipe l'abcès formé à la gencive ; avec le sphacèle d'une dent, une forte fièvre qui survient et le délire sont funestes ; si le malade réchappe, la plaie suppure et les os s'exfolient. Quand il se forme au palais une collection d'humeur, la suppuration s'y établit le plus souvent. Les violentes douleurs de la mâchoire font craindre que les os ne viennent à se séparer (3). Il serait difficile de ne pas admettre que le vieillard de Cos ait eu l'occasion d'observer des nécroses étendues des maxillaires.

On a dit qu'il a décrit la gangrène de la bouche ; c'est plus douteux : « Kunze, Richter, Wigand, Samuelson et Tourdes ont parcouru avec le plus grand soin les travaux antérieurs au XVIIe siècle, sans pouvoir trouver la preuve que la maladie fût connue ; ils ont démontré que depuis Hippocrate on employait le mot *Noma* pour désigner un certain nombre d'affections ulcéreuses, déterminant des lésions étendues des joues, des gencives, du voile du palais, affections de différente nature, correspondant au scorbut, à l'anthrax, et probablement au noma vrai » (Hirsch). (4)

C'est surtout à propos de l'épidémie de Périnthe qu'il est question de ces manifestations.

Hegésistratos avait un foyer de suppuration près de l'œil, une carie des deux dernières dents, un abcès de voisinage ; il rendit du pus par les narines et présenta une tuméfaction de la région de la mâchoire et de l'œil (5). S'il s'agit d'un homme

(1) Des Affections, ch. IV, L. T. VI, p. 211.
(2) Aphor. IIIe, section 25, L. IV, 497.
(3) Prénotions coaques, 2e section, § XI et XII, L. t. V. 635, 637.
(4) Historisch geogr. Pathologie. Erlangen, 1862-64, t. 2., p. 176.
(5) Epid. IV., 25., L. V. 5 169.

de 20 à 25 ans, et si l'observation se trouvait ailleurs qu'au livre des épidémies, on porterait rétrospectivement le diagnostic d'accidents consécutifs à l'éruption de la dent de sagesse. Les dents d'en bas et d'en haut, celles de devant tombèrent, l'os était en creux.

La sortie d'un os de la voûte palatine cause l'affaissement du nez dans son milieu ; la chute des dents de devant en haut cause l'aplatissement du nez. *A la troisième dent, les suppurations sont plus fréquentes qu'à toutes les autres*, et les flux épais des narines, ainsi que les douleurs des tempes, proviennent surtout de cette dent. Cette dent se carie, surtout la cinquième ; cette dent avait au milieu une tubérosité, et deux en avant ; une petite tubérosité, en dedans du côté des deux autres, avait été cariée la première. La septième avait une seule racine grosse, aiguë, chez le garçon d'Athénadès ; la dent du bas à gauche et la dent du haut à droite, l'oreille droite suppura au moment où il ne souffrait plus.

On observa dans les mêmes circonstances des caries fréquentes de la troisième dent d'en haut, avec suppuration de voisinage (1).

Chez la femme d'Aspasios, tout se borna à la douleur et à la tuméfaction des gencives (2). Méleandros eut également une inflammation phlegmoneuse de cette région qu'on traita par une saignée générale et des applications d'aloès d'Egypte (3). Un enfant du même lieu fut éprouvé d'une façon beaucoup plus grave (4).

Cette confusion forme un contraste frappant avec les données relatives à la chirurgie proprement dite. Hippocrate connaissait très bien les fractures de la mâchoire inférieure, il a compris que l'immobilisation constitue la difficulté du traitement ; les appareils qu'il recommande sont singuliers et ne devaient pas toujours rendre les services qu'en attendaient des chirurgiens ; mais ils répondaient à des indications réelles. « Il n'est facile d'exposer exactement par écrit aucun procédé opératoire : il faut que le lecteur se fasse, avec ce qui est écrit, une idée de la chose.

« On prend du cuir de Carthage ; si le blessé est en bas âge, on détache la partie externe du cuir, et cela suffit. S'il est plus âgé, on emploie le cuir même, on en coupe une lanière ayant une largeur de trois doigts, ou la largeur qui conviendra ; on enduit la mâchoire de gomme, ce qui est plus doux à la peau, et avec de la colle on fixe l'extrémité de la lanière vers l'endroit de la fracture en rave, en laissant entre la lanière et la

(1) Epid. IV. 25, L. V. 169.
(2) IV. 52 L. V. 193.
(3) V. 69 L. V. 245.
(4) IV. 19 L. V. 167.

lésion un intervalle d'un doigt ou un peu plus. Cette lanière passe par dessous la mâchoire, elle doit avoir une incision dans la direction du menton et en embrasser la pointe : une autre lanière semblable ou un peu plus large sera collée vers le haut de la mâchoire, étant, elle aussi, séparée de la lésion par le même intervalle que la première ; elle sera fendue aussi afin d'embrasser l'oreille. Les bouts par lesquels on attache ces deux lanières sont étroits. En collant, on placera sur la peau la partie molle du cuir, cela tient mieux de cette façon ; puis on tendra les lanières, un peu plus celle qui embrasse le menton, afin de prévenir, autant que possible, le chevauchement des fragments, et on liera les lanières sur le sommet de la tête ; enfin, on roulera une bande autour du front, et on assujettira l'appareil avec un surtout, comme c'est la règle, afin de maintenir le bandage. Le blessé restera couché sur le côté sain de la mâchoire, s'appuyant, non sur la mâchoire, mais sur la tête. On le tiendra à la diète pendant dix jours, puis on le restaurera sans lenteur, car, s'il ne survient pas d'inflammation dans les premiers jours, la mâchoire se consolide en vingt. Le cal y est prompt à se former comme dans les autres os spongieux, à moins qu'il n'advienne un sphacèle (1). »

La préoccupation pratique habituelle rend plus frappante encore le silence d'Hippocrate relativement à la dentisterie opératoire. On faisait depuis longtemps l'avulsion ; d'après Cicéron, elle aurait été découverte par le troisième Esculape, fils d'Alcippe et d'Arsincë. Il la connaît lui-même : « Quant aux douleurs causées par les dents, dit-il, si la dent est cariée et branlante, il faut l'ôter ; si, sans être ni cariée ni branlante, elle excite cependant de la douleur, il faut la dessécher en la brûlant, les masticatoires servent aussi » (2).

Le conseil ne présente aucune ambiguité. On doit enlever la dent cariée, mais comment ? L'auteur ne le dit pas ; il n'a en vue que les cas dans lesquels les dents peuvent être cueillies avec un instrument sans qualités dynamiques. Sa doctrine fut celle de tous ceux qui suivirent. Les fondateurs de l'Ecole d'Alexandrie, Hérophile et Erasistrate ne furent ni l'un ni l'autre des praticiens pusillanimes ; le premier, qui étudia, dit-on, l'anatomie humaine *in vivo*, eût éprouvé peu de scrupule à faire une opération chirurgicale peu connue si elle lui eût semblé utile. Si nous en croyons Cœlius Aurelianus, ils parlèrent d'extraction en gens timorés qui en redoutent surtout les dangers. « Hérophile et Héraclides de Tarente ont rappelé que certains individus sont morts à la suite de l'extraction des dents. Erasistrate dit qu'il y avait dans le

(1) 4, IV. 149.
(2) Des affections, 4. L. VI, 211.

temple d'Apollon à Delphes un *odontagogue* (que nous pourrions appeler un dentiducum) en plomb pour l'édification du public, afin de bien montrer qu'on doit enlever seulement les dents faciles, mobiles, pour lesquelles un outil de plomb suffit » (1). Cette interprétation de la présence d'un objet qui était probablement un simple ex voto, montre toute l'aversion d'Erasistrate, pour les opérations radicales. Faut-il conclure que ces procédés des Grecs furent nuls, ou qu'ils laissaient dans la bouche les dents douloureuses, en grande partie détruites, lorsqu'elles étaient adhérentes? Une telle assertion nous paraitrait risquée; si jamais l'avulsion n'eût été faite que dans ces conditions, personne n'eût songé qu'elle pouvait présenter des inconvénients.

En ajoutant à ce qu'ont dit les Hippocratistes, les notions sommaires d'anatomie comparée que nous donne Aristote, nous aurons vu tout ce qu'on savait dans une partie de l'antiquité grecque sur les dents. « Elles présentent des variantes suivant les espèces animales, les unes ont une structure et une disposition telles qu'elles ne peuvent servir qu'à la mastication. Les autres sont des instruments de défense. Chez l'homme, elles servent à l'alimentation : les incisives coupent, les molaires broient, les canines, qui sont en partie aiguës, en partie élargies, participent des unes et des autres; elles servent également à la parole (2). »

Les connaissances de cette période se réduisent donc à peu de chose : on distingue les variétés des dents, on est édifié sur leur rôle, on sait que ces organes ont des vaisseaux, reçoivent du sang; qu'ils redoutent le froid, subissent des altérations ulcéreuse, s'ébranlent, donnent lieu à des accidents de voisinage ; que leur éruption s'accompagne de troubles généraux; enfin, qu'il faut les enlever dans certaines conditions, mais seulement lorsque l'ablation est d'une facilité extrême.

---

(1) Morbor. Chronic... lib. II, Cap. IV, in Haller. Artis médico principes, t. XI. p. 135.

(2) De partibus animalium. Chap. I, Art. I. Aristotelis Opera, quæ ext. omnia brevi paraphrasi... illustrata.... A. P. Sylvestro Mauro. Romæ A. Brirabo, 1668, p. 76.

CHAPITRE II

L'ODONTOLOGIE CHEZ LES ROMAINS

§ Ier

Importance esthétique du système dentaire.

L'archéologie ne nous ayant fourni aucun renseignement sur les dentistes grecs, nous avons été obligés de nous limiter aux données que renferment les auteurs classiques; nous serons plus heureux désormais. Les Romains tenaient à leurs dents pour les services qu'elles leur rendaient; ils y tenaient à cause de la difformité que laisse leur absence; l'épithète d'*edentulus* ou d'*edentatus* était une demi-injure dont les satiriques surent tirer durement parti à l'occasion.

Horace détestait les sorcières à cause de leurs pratiques charlatanesques et lugubrement puériles; parce qu'elles prêtaient les mains au crime; parce qu'elles s'étaient constituées les ministres des basses œuvres de la haute société romaine; il fustige leurs prétentions, leurs attraits d'emprunt : « Quand Sagana et Canidie se livrent à leurs courses nocturnes, la première y perd ses faux cheveux, la seconde ses fausses dents. » Martial, surtout, en veut aux édentées : courtisanes à noms grecs, vieilles coquettes cherchant un mari, et qu'il envoie au *vespillo*, --- nous dirions au croque-mort ; --- quirites valétudinaires et mélancoliques, tout le monde y passe.

Un bon conseil à une beauté sur le retour :

« Riez, enfant, si vous aimez rire, a dit le poète Pelinus aux jeunes filles, encore ne s'adresse-t-il pas à toutes. S'adresserait-il à toutes, Maximina, que son apostrophe ne t'intéresserait pas, car tu n'es plus une jeune fille; il te reste trois dents de poix et de buis. Si tu en croyais et ton miroir et moi, tu craindrais le rire comme Fanius craint le vent, comme Priscus craint les mains, comme Fabella craint la pluie pour son blanc, comme Sabella craint le soleil pour le sien (1). »

Personne n'échappe à la dent rouillée de Mamercus. « Tu n'as pas de cure-dents de lentisque, dit Martial à un individu peu soigneux, alors prends une plume (2). »

« Thaïs a des dents noires, celles de Lecania sont de neige, pourquoi ? Thaïs a ses dents ; Lecania, celles qu'on lui

(1) Epigramm., Lib. XV. Poltris et Cellier, 680. Lib. II, XLI, p. 116.
(2) Lib. XIV, 21. Ed. cit., p. 736.

a vendues (1) ». Elia, moins heureuse, n'a plus rien à craindre de la toux. « Il te restait quatre dents, tu en as craché deux, puis deux autres dans la quinte suivante. Tousses hardiment (2) désormais. »

§ II

La prothèse. — Les dentistes romains.

Heureusement que l'art obvie aux délabrements laissés par les ans; le commerce des dents artificielles est estimé et florissant. Un jouvenceau répond aux agaceries d'une vieille femme par cette apostrophe. « ..... Une fillette, je ne dis pas. Mais que peut-il y avoir de commun entre nous (3)? Je ne suis pas polisseur de fausses dents. » La pauvre Lélia, borgne et chauve, en a acheté avec des cheveux. « Qui donc, demande le poète, pourra te rendre un œil (4)? »

Umber est un ladre qui envoie à son ami un paquet de cure-dents. Picens, un hypocondriaque décrépit. « Un jour qu'il était assis près de son tombeau, il cracha trois de ses dents et les y déposa. Pauvre Picens, il n'attend même pas que son héritier lui rende les honneurs funèbres, il se les rend lui-même (5) ! »

La prothèse dentaire était plus ancienne à Rome qu'à l'époque de Domitien, où écrivait Martial; en rapprochant un article de la loi des Douze-Tables d'une découverte récente, on peut conclure qu'elle existait dès les premiers temps de la République. « Vous ne jetterez point, dit cet article, d'or sur un bûcher, et cependant vous pourrez brûler le mort avec l'or qui lie ses dents (6). » Ce paragraphe permet de supposer que le législateur avait visé une coutume répandue; il ne veut pas placer les proches dans la douloureuse alternative de manquer de respect à un cadavre ou de violer la loi; on s'est demandé dans quelles circonstances et comment avaient été appliquées ces ligatures, on a cru qu'il s'agissait d'un procédé chirurgical. « Si les dents étaient ébranlées dans une fracture de la mâchoire inférieure, Hippocrate conseillait de les attacher aux

---

(1) Lib.V, 44. Ed. cit., p. 281.
(2) Lib. I. Ep. 20, p. 37.
(3) Lib. XIV, 55. Ed. cit., p. 746.
(4) Lib. XII, 23. Ed. cit., p. 653.
(5) Lib. VIII, 57. Ed. cit., p. 450.
(6) Hoffmann. De leg. tabularum, XII, p. 55, cit., par Chéreau. Odontologie (histoire), in Dict. encyc. des sciences med.

dents voisines avec un fil d'or ou de soie. On retrouve ce fait mentionné dans les lois des Douze-Tables.» (Chéreau) (1). Cette citation semble indiquer que le procédé d'Hippocrate avait été transporté à Rome à l'époque du Décemvirat ou bien auparavant; il faut bien se garder de l'interpréter de la sorte: la loi des Douze-Tables fut promulguée l'an 450 (A. C.), et Hippocrate naquit, dit-on, 142 ans plus tard, en 318. Le législateur, malgré les détails minutieux dans lesquels il entre, malgré les mesures de police qu'il codifie, n'eût pas pris cette disposition à propos des individus qui avaient eu le maxillaire inférieur cassé, parce qu'ils ne formaient à Rome, comme partout, qu'une minorité imperceptible. Le métal servait à attacher les unes aux autres les dents ébranlées par l'âge, ou il entrait dans la constrution de pièces. Dans celle que M. Van Marter a découverte à Corneto-Tarquinus, « l'or maintenant les dents artificielles est très mince et mou, et il dut être plié et ajusté dans la bouche même. » L'objet a été trouvé au-dessous d'un tombeau étrusque considéré comme antérieur de quatre à cinq siècles à l'ère chrétienne (2).

Ces dents artificielles venaient probablement de Toscane comme l'haruspicine. Les Grecs introduisirent dans la ville éternelle l'étude de la médecine; et furent longtemps seuls à la pratiquer. « C'est l'unique art, disait Pline, que la gravité romaine n'ait pas encore cultivé. » Ils contribuèrent beaucoup moinsau développement de l'odontologie; peut-être leur influence fut-elle plus nuisible qu'utile.

On soignait les dents et on en posait; ces opérations étaient-elles du ressort de la même personne? Les médecins faisaient l'extraction, cela n'est pas douteux. Parmi les songes qui présagèrent à Vespasien la chute prochaine de Néron et son élévation à l'empire, un nous intéresse. Lorsqu'il était à Achaïe, Vespasien rêva qu'on enlevait une dent à Néron; le lendemain, à la première heure, le médecin entra dans son atrium avec une dent qu'il venait d'arracher (3).

Les dentrifices étaient des produits dont les grandes dames ne dédaignaient pas de surveiller la préparation; Octavia, sœur d'Auguste, avait le sien (4). Celui de Messaline était composé de la sorte ; un setier de corne de cerf torréfiée dans un vase neuf ; une once de mastic de Chios et une demi-once de sel ammoniac. Apulée accompagne l'envoi d'un dentifrice précieux à un de ses amis d'une épître louangeuse :

---

(1) Art. Odontologie histoire, in Dict. encyclopédique.

(2) L'antiquité de l'Art dentaire, par M. Paul Dubois. *L'Odontologie*, mars, 1885, p. 92.

(3) C. Suetonii Tranquilli : D. Duodecim Cesaribus. L. VIII, T. Flavius Vespasianus V.

(4) Scrib. Largus, De compositione medicamentorum... A. Cratandre, 1569, ch, LIII; p. 40 et suiv.

« Que mon vers rapide, ô Calpurnius, te porte mon salut ; je t'envoie ce dentifrice que tu m'as demandé, composé avec les fruits de l'Arabie. C'est une noble et belle poudre blanche, capable de remettre en bon état la gencive tuméfiée, de faire disparaître les débris d'aliments, de telle sorte que, quand un sourire entr'ouvrira tes lèvres, aucune tache n'en diminue le charme (1).

Au deuxième siècle de notre ère, une Romaine soigneuse avait sa trousse pour la bouche avec ses cure-dents en bois de lentisque ; dans les cas d'accidents douloureux, elle avait recours à son médecin, qui pratiquait en dernier ressort l'avulsion. Pour réparer l'asymétrie laissée par cette opération, elle passait chez les marchands de dents artificielles, dont les plus estimées étaient en corne des Indes, c'est-à-dire en ivoire. Dans tout cela, nous ne voyons point le spécialiste proprement dit, à moins que l'on ne donne ce nom à l'artisan qui sculpte les pièces et les assemble ; un nouvel épigramme de Martial va nous fournir un renseignement qui n'est pas à dédaigner.

« Tu veux, Gallus, que je te serve assidûment tous les jours ; tu veux que je t'accompagne trois ou quatre fois à l'Aventin. La *Casellius soigne les dents ou les arrache* ; Higine cautérise les paupières à la face intérieure desquelles poussent des poils; Fannius enlève sans les couper les luettes exubérantes ; Héros efface les stigmates de l'esclave pris en fuite; Hermès est le vrai Podalire des hernies ; mais, dis-moi, Gallus, qui pourrait guérir les gens brisés comme moi (2) ?

Le rapprochement fait par le poète n'est pas fortuit. A Rome, les rapports entre le médecin et son client avaient lieu soit au domicile du dernier, soit dans la *taberna medica*, espèce de maison de santé d'importation grecque. La réunion de tant de spécialistes dans des voies adjacentes ne permet pas de supposer qu'il s'agisse ici de rien de pareil. Nous ne connaissons plus que les noms de certaines de leurs opérations favorites. A l'époque où les mutilations pénales étaient en usage, des chirurgiens se chargeaient d'en faire disparaitre les traces; on aurait tort de les assimiler tous au docteur Calmus de Hauf. L'autoplastie nasale est décrite par Pfolspeundt,

---

(1) Cité par Zarotti. De Medica Martialis Tractatione tractatus, Venise, Baba, 1657, r. 124.

Calpurniane salve. properis versibus.
Misi, ut petisti, mundicinas dentium,
Nitelas oris ex Arabicis frugibus.
Tenuem, candificum, noblem pulvisculum.
Complanatorem tumidae gingivulae,
Converritorem pridianae reliquiae,
Nequa visatur tetra labes sordium
Restrictis forte si labellis riseris

(2) Lib. X. L. VI, éd. cit., p. 570.

qui vécut plus d'un demi-siècle avant Tagliacozza, avec une précision à laquelle on n'est guère habitué au moyen âge.

Du temps de Martial, le spécialiste qui coupait les luettes n'aurait pas plus traité le trichiasis que le chirurgien herniaire n'aurait tenté d'effacer les stigmates ignominieux de l'affranchi devenu riche. Casellius était un dentiste dans le sens moderne du mot, ayant son cabinet sur l'Aventin ; malheureusement, quelle que fût leur dextérité et leur sens clinique, ni lui ni ses confrères n'ont rien écrit. C'est encore chez les pathologistes qu'il faut cherher des renseignements sur les connaissances techniques des Romains en art dentaire.

(A suivre.)

GINGIVITE EXPULSIVE ET OSTÉO-PÉRIOSTITE

Par M. Mailhol

Voulez-vous accueillir dans l'*Odontologie* les quelques réflexions suivantes à propos de certaines affections gingivales que j'ai eu souvent à combattre dans le pays où j'exerce depuis onze ans. Le traitement est, sur certains points, différent de celui qui a été indiqué, à plusieurs reprises, dans l'*Odontologie*. Le grand nombre de cas que j'ai eu à traiter, les succès que j'ai obtenus, m'encouragent à vous faire cette communication. *Paraná, République Argentine.* (1)

Marchal de Calvi fut un des premiers à s'occuper des affections gingivales, et dans une note communiquée à l'Académie de médecine de Paris, en 1860, il s'exprimait ainsi (2) :

« Il existe une maladie des gencives, maladie très commune, et qui, pourtant, n'est pas décrite. Ce n'est pas une maladie dangereuse; mais par les souffrances presque constantes auxquelles elle donne lieu, surtout au moment des repas ; par la mauvaise odeur de l'haleine qui en résulte presque toujours,

---

(1) Nous sommes heureux de publier l'intéressante communication de M. Mailhol non-seulement parce qu'elle expose une thérapeutique judicieuse mais encore pour resserrer les liens qui rapprochent tous les dentistes de langue française. Nous pensons que l'échange des idées entre praticiens placés dans des milieux et des conditions diverses ne peut être que profitable à l'avancement de notre art.

(*N. D. L. R.*)

(2) *Union médicale*, 24 septembre 1860.

la perte des dents qui, le plus souvent, restent intactes (1); par les difficultés de la mastication et la douleur qui l'accompagne, cette infirmité est un grand sujet de chagrin pour ceux qui en sont affectés.

« Je propose de lui donner le nom de *gingivite expulsive*, rappelant par cette épithète un de ses effets, qui est d'ébranler, et enfin de chasser les dents de l'alvéole.

« Cette affection présente des variétés de forme, étant généralement suppurante, souvent ulcéreuse, quelquefois végétante, d'autre fois simple.

« On y distingue aussi des variétés de siége étant, ou d'abord générale, ou pendant un temps partielle, le plus souvent bornée aux languettes gencivales intermédiaires, quelquefois elle est purement intra-alvéolaire; alors la dent est ébranlée, et on ne voit rien au dehors.

« Il y a aussi des différences dans la manière dont l'affection débute ; quelquefois, c'est par un petit phlegmon qui s'abcède, s'ouvre et laisse la dent déchaussée; d'autres fois, c'est par une inflammation simple sans tumeur phlegmoneuse ni abcès.

« Les causes de la *gingivite expulsive* sont avant tout et par-dessus tout l'hérédité; puis le froid, surtout le froid humide; la présence du tartre autour et au-dessous des gencives; la grossesse et l'allaitement; le mauvais état de l'estomac, je veux dire l'irritation gastrique hypérémique qui résulte des excès habituels de régime.

« Je crois avoir trouvé le remède en quelque sorte spécifique de cette désolante affection. Ce remède, c'est l'*iode*, employé topiquement. Je ne l'emploie pas sous forme de *teinture*, à moins d'indications exceptionnelles, m'étant aperçu que l'*alcool*, en resserrant les tissus, fait obstacle à l'action modificatrice, et si l'on peut dire, *à la pénétration de l'iode*. Je me sers généralement de la *solution aqueuse* à des degrés divers, en commençant par la *solution de Lugol*, pour les *bains iodés*. J'arrive ainsi successivement à des *solutions très concentrées*. »

Comme vous le voyez, il y a dix-sept ans que j'emploie avec succès la *solution aqueuse d'iode*, plus ou moins concentrée, suivant les cas, pour combattre et guérir la *gingivite suppurée*, appelée par M. Marchal (de Calvi), *gingivite expulsive*.

Depuis le mémoire publié en février 1882, dans les *Arch. gén. de méd.*, par MM. les professeurs Lasègue et Regnault, sur les applications de l'*eau chloroformée saturée* en thérapeutique, j'ai eu l'idée de faire dissoudre de l'*acide borique* dans de l'*eau chloroformée saturée*, pour faire des bains ou lavages profonds anti-septiques, avant de commencer l'application caustique et révulsive de l'*iode*.

---

(1) C'est-à-dire non cariées.

Depuis 1882, je joins à cette médication l'acide borique, et ai modifié plusieurs fois ma formule. Voici les proportions qui me servent actuellement avec succès :

F. : Acide borique (en poudre fine)............ 5 grammes.
— Eau chloroformée saturée................. 100 —

Après dissolution de l'acide borique, secouez et filtrez.

L'*acide borique* est fort peu soluble dans l'eau, mais soluble dans l'alcool. L'alcool resserrant les tissus et faisant obstacle à la pénétration modificatrice de l'*acide borique* comme de l'*iode*, je l'ai mis de côté complètement. J'ai donc cherché et trouvé une préparation chimique qui, tout en dissolvant complètement l'*acide borique*, et, associé à ses propriétés thérapeutiques, augmente sa force d'action sédative et antiseptique. Cette préparation chimique, c'est l'*eau chloroformée saturée*.

M. le professeur A. Bouchardat, dans son *Annuaire thérapeutique* pour 1884, dit : « Que l'action topique de l'*eau chloroformée saturée (ou saturée et diluée avec eau par parties égales)*, modère les douleurs d'origine dentaire lorsqu'elles proviennent surtout d'affections stomacales; que c'est un anti-fermentescible de premier ordre, qui présente, par conséquent, les qualités essentielles d'un bon collutoire buccal. Aromatisée avec l'anis, son goût devient agréable au malade....... Que c'est un précieux excipient agréable et un adjuvant utile, qu'elle est non-seulement une préparation stable et un agent thérapeutique de second ordre, souvent fort utile, mais qu'elle s'adapte encore à un grand nombre de bases médicamenteuses avec une facilité exceptionnelle, etc., etc. »

Je commence mon traitement en enlevant minutieusement le tartre. Je fais ensuite journellement et régulièrement, deux fois par jour (pendant une dizaine de jours), avec l'aide de la seringue, des injections aussi profondes que possible, avec la solution ci-dessus à l'*eau chloroformée saturée et acide borique*. Dans l'intervalle des deux injections, je prescris au malade de se gargariser d'heure en heure avec le gargarisme dont la formule vient ci-après et qui a pour objet de venir en aide au traitement, en tenant les gencives du malade continuellement sous l'action bienfaisante du médicament, auquel l'addition de l'*eau distillée d'anis* laisse à la bouche une impression agréable qui ne dégoute pas le malade. Voici la formule du gargarisme buccal que j'emploie.

F. : Acide borique (en poudre fine)............ 5 grammes.
— Eau chloroformée saturée................. 100 —

Après dissolution de l'acide borique, ajoutez :

F. : Eau distillée d'anis....................... 100 —
— Eau distillée simple........................ 200 —

Secouez et filtrez.

En employant ce gargarisme aromatisé et similaire à la solution saturée chloro-borique dans l'intervalle des injections profondes, les effets de la médication anti-septique sont plus constants et certains, permettant ensuite d'appliquer avec certitude de succès *la solution aqueuse d'iode.*

Après une dizaine de jours du traitement ci-dessus, quand le suintement de pus a, pour ainsi dire, totalement disparu, je commence seulement à employer *les bains révulsifs iodés.* Je me sers simplement pour appliquer *les bains iodés* d'une seringue décimale hypodermique à pression, dont la pointe de l'aiguille d'or est arrondie et très légèrement courbée. Par ce moyen, je suis maître de la quantité de *bain iodé* que je veux administrer à chaque injection. Je garnis la bouche du malade avec la digue pour éviter les brûlures de l'iode. Je renouvelle tous les deux jours les injections de la *solution aqueuse d'iode* et, dans l'intervalle des injections, le malade continue à se gargariser trois ou quatre fois par jour avec le gargarisme ci-dessous décrit. En employant le mode opératoire de Marchal (de Calvi), c'est-à-dire de commencer par des *bains iodés faibles* que j'augmente graduellement jusqu'à des *solutions très concentrées*, l'action de *l'iode* devient alors réellement désinfectante, caustique et révulsive, et amène promptement la guérison. Depuis que je suis le traitement ci-dessus indiqué, je n'ai plus eu de récidives.

Avec les grands lavages anti-septiques de la solution d'*eau chloroformée saturée et d'acide borique,* l'usage journalier du gargarisme dentaire *chloro-borique à l'anis* dans l'intervalle des grands lavages, puis l'application graduée de la *solution aqueuse d'iode* qu'on augmente de force successivement, la guérison de la *gingivite suppurée* ou *gingivite expulsive*, qui est, pour ainsi dire, une maladie endémique dans la localité et sous le climat que j'habite, est pour moi, maintenant, un fait consacré.

Il est bien entendu que le traitement ci-dessus ne concerne que la *gingivite suppurée* et non l'*ostéo-périostite* ou *pyorrhée alvéolaire.*

Dans l'*ostéo-périostite alvéolo-dentaire* proprement dite, j'emploie actuellement avec succès pour la combattre, la médication à l'*iodure de zinc*, préconisée par A.-W. Harlan, D. D. S., Chicago, dans le *Dental Cosmos* d'Octobre 1883. — Avant de connaître l'*iodure de zinc,* j'employais l'acide chromique recommandé par Magitot; mais j'ai été obligé de renoncer à cette médication à la suite des insuccès que j'ai eus et que j'attribue à l'acide chromique non pur du commerce.

Depuis que j'emploie l'*iodure de zinc*, mes succès sont constants. Seulement, ma médication diffère un peu de celle du docteur Harlan dans les cas d'attaques aiguës.

Afin de calmer les douleurs, je seringue fortement les culs-de-sac avec la solution d'*eau chloroformée saturée et d'acide borique.* Je les remplis ensuite avec une petite boulette

de *coton au chloral*, imbibée de *glycérine et chloroforme iodoformique*, à parties égales. Je renouvelle les injections et le pansement tous les jours, jusqu'à ce que j'ai ramené graduellement les gencives tuméfiées à leur état normal. C'est alors seulement, que j'enlève le bord alvéolaire atteint. Je sèche ensuite le cul-de-sac gingival et j'injecte quelques gouttes de la *solution faible d'iodure de zinc*. Je renouvelle les injections de trois jours en trois jours, jusqu'à ce que j'arrive graduellement à la *solution la plus forte*. Je m'arrête dès que j'ai la certitude de la non-présence du pus. Dans les jours d'intervalle entre les injections à l'*iodure de zinc*, je prescris au malade de se gargariser plusieurs fois par jour avec le gargarisme *chloro-borique à l'anis*, que j'emploie dans la *gingivite suppurée*. Vous voyez que c'est mon même mode d'opérer que pour la *gingivite suppurée ou expulsive*.

Traitement graduel de la *solution faible* à la *solution concentrée d'iodure de zinc*, afin d'éviter une récidive d'inflammation. C'est une médication un peu plus longue, il est vrai, mais parfaitement sûre.

Voici les cinq formules d'*iodure de zinc* que j'emploie graduellement et qui me donnent de très bons résultats.

F: 1er degré.

M. { Iodure de zinc........................ 1 gr. 50 cent.
Eau distillée.......................... 60 gr. »

F: 2e degré

M. { Iodure de zinc........................ 2 gr. 50 cent.
Eau distillée.......................... 60 gr. »

F: 3e degré.

M. { Iodure de zinc........................ 3 gr. 50 cent.
Eau distillée.......................... 60 gr. »

F: 4e degré.

M. { Iodure de zinc........................ 4 gr. 50 cent.
Eau distillée.......................... 60 gr. »

F: 5e degré.

M. { Iodure de zinc........................ 4 gr. 50 cent.
Eau distillée.......................... 60 gr. »

L'application des solutions ci-dessus à l'*iodure de zinc* se fait de la même manière que pour l'application déjà décrite pour la *solution aqueuse d'iode* dans la *gingivite suppurée*.

Ordinairement, la guérison est complète après l'application de la solution au troisième degré. Je n'ai eu jusqu'ici que trois cas où j'ai été obligé d'aller jusqu'au quatrième degré, et un seul jusqu'au cinquième degré.

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 28 juillet 1885. — Présidence de M. Poinsot

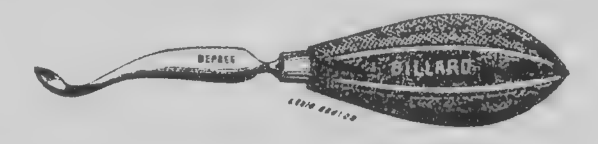
1° Présentation d'une fraiseuse à main; 2° Présentation d'un élévateur; 3° 2 cas d'anomalies par évolution dentaire tardive; 4° Service dentaire dans les hôpitaux d'aliénés.

PRÉSENTATION D'UNE FRAISEUSE A MAIN

M. Piétro Deutch présente une fraiseuse de poche, sur laquelle peuvent se monter les fraises et forets du tour, ainsi que la pièce à angle droit. Cet instrument peu volumineux a une assez grande puissance: une simple pression du pouce sur le piston suffit pour faire tourner la fraise. Les pressions du pouce sont répétées autant que l'opérateur le désire.
MM. Dubois et Préterre pensent que cet instrument est surtout bon pour le voyage.
M. Poinsot félicite l'inventeur de son ingénieux instrument à main; on ne pouvait obtenir plus parfait.

PRÉSENTATION D'UNE NOUVELLE FORME D'ÉLÉVATEUR

M. Martial Lagrange. — Depuis un certain temps, je me sers dans ma pratique personnelle d'un élévateur d'une construction quelque peu différente de ceux dont nous nous servons. Les bons résultats qu'on peut en obtenir ont été constatés à la Clinique de l'Ecole, où j'ai fait de nombreuses opérations par son aide. Cet instrument est spécialement destiné à avulser les racines des dents antérieures, en prenant son point d'appui sur leur face interne; un petit mouvement de bascule que fait la main suffit pour enlever les racines les plus cariées et surtout celles qui le sont sur le côté labial.
Ni le davier, ni les autres genres d'élévateurs ne peuvent donner dans ces cas les mêmes résultats que l'instrument que je soumets à votre appréciation.



M. Dubois reconnaît que, dans certains cas particuliers, l'élévateur de M. Lagrange est un excellent instrument et qu'il

rendra de grands services. Quant à l'application généralisée d'un mode opératoire consistant à attaquer les racines par leur bord interne, cela ne lui semble pas judicieux. Par le moyen du pied-de-biche agissant sur le bord externe, on peut retirer nombre de racines sans léser le moins que ce soit le bord alvéolaire ; la racine est tirée par un mouvement vertical comme avec le davier, sans qu'il y ait renversement horizontal.

De plus, par le côté externe, la force est plus grande, la pesée du corps pouvant s'ajouter à l'action de la main. Le mouvement de traction est moins puissant et, pour certaines racines de canines pourries, cela n'est pas à dédaigner.

M. Martial Lagrange. — Je crois qu'on peut enlever avec cet instrument la plupart des racines des dents antérieures, jusques et y compris les prémolaires. Sur 63 cas que j'ai relatés, j'ai eu 62 succès.

DEUX CAS D'ANOMALIES PAR ÉVOLUTION DENTAIRE TARDIVE

M. Poinsot. — Je me propose de vous entretenir, ce soir, de deux cas pathologiques fort curieux.

Je m'abstiendrai de les classer, vous réservant la possibilité de le faire, suivant les interprétations que vous jugerez convenable de décider.

Mme G..., 35 ans environ, rhumatisante, sujette à des douleurs névralgiques à formes inégales, présentant souvent des accès des plus douloureux, que les injections sous-cutanées de morphine peuvent seules calmer.

Cette dame vint nous consulter pour des dents à soigner n'offrant aucune particularité bien saillante ; notre attention fut arrêtée par la présence anormale dans la bouche, côté droit supérieur, d'une dernière molaire temporaire ; nous constatâmes en même temps l'absence dans la bouche de la seconde petite molaire ; or, le point de départ des douleurs névralgiques semblait fixé à la partie du maxillaire où nous avions constaté la double anomalie.

Toutes choses bien pesées, nous acquîmes la conviction, malgré la solidité de la molaire temporaire et l'absence de toute inflammation de la muqueuse dans la région, que la cause de la névralgie pouvait être attribuée à une cause locale ; la persistance dans la bouche de la dent temporaire et celle-ci s'opposant à l'évolution de la seconde petite molaire permanente, nous eûmes la satisfaction de faire partager notre interprétation par notre malade, et celle-ci, fatiguée par plusieurs nuits sans sommeil ni repos d'aucune sorte, consentit à suivre notre conseil : l'extraction de la dent incriminée.

Deux mois après l'opération, j'eus la joie de revoir Mme G..., non plus en malade, mais en cliente reconnaissante ; elle venait reconnaître mes soins de la façon la plus satisfaisante, en

m'annonçant que mes prévisions s'étaient réalisées, que les douleurs névralgiques n'existaient plus qu'à l'état de souvenir et, pour compléter le satisfaisant tableau, me faisait constater l'apparition de la dent permanente.

Cette dernière considération avait un grand charme pour une dame de 35 ans ; en effet, à cet âge principalement, les brèches dans la cavité de la bouche sont toujours considérées comme l'équivalent d'un grand malheur, et je ne sais pas l'étendue des reproches que j'aurais encourus si la dent molaire fût restée incluse dans le maxillaire; c'eût été plus grave encore si, trompé dans mon diagnostic, les douleurs névralgiques avaient persisté.

Le second cas sur lequel j'appelle votre attention est au moins aussi intéressant.

Mme G..., 36 ans environ, vient nous demander les secours de notre art parce qu'elle souffre beaucoup depuis une quinzaine de jours, la nuit principalement ; la douleur siège au maxillaire supérieur côté droit, un appareil prothétique recouvrant cette région ne peut être toléré ; à l'examen, nous constatons un gonflement général des parties molles en même temps qu'une coloration violacée foncée, douleur à la pression, pas de fluctuation, les racines de la molaire permanente de 6 ans sont extraites, les tissus constituant les racines susdites ont subi la régression graisseuse ; mais, après examen, il n'était pas possible à un praticien de quelque valeur d'accuser les débris de la dent de 6 ans, de déterminer les accidents dont nous constations les effets.

Après avoir incisé la gencive à la partie médiane de la coloration violacée, c'est-à-dire à deux millimètres en avant du point opéré et à 1 millimètre en dedans de la crête alvéolaire, à l'exploration par un stylet en acier, nous constatâmes la présence d'un corps osseux d'une densité supérieure à celle des tissus osseux du maxillaire; par la percussion, nous entendîmes un bruit de porcelaine ou de pierre à fusil; nous acquîmes la certitude que nous nous trouvions en présence d'une seconde petite molaire, restée incluse dans le maxillaire supérieur.

Cette dent était placée obliquement d'arrière en avant et de haut en bas; il ressortait que cette position était peu favorable pour permettre l'évolution, ce qui n'aurait pas manqué de se produire si la dent avait eu une position verticale, c'est-à-dire normale.

Nous étions en face de la véritable cause des accidents pathologiques, et notre conduite était toute tracée : il fallait extraire cette dent, c'est ce que je fis; mais pour pouvoir opérer, je ne pus m'empêcher de présenter une petite supercherie de ma part, pour le plus grand profit du malade.

Nous nous trouvions en présence d'une malade épuisée par quinze jours et quinze nuits de souffrances aiguës, n'ayant plus de forces physiques que pour s'opposer à toute inter-

vention chirurgicale; il faut être dentiste pour savoir se dépenser moralement et soulager ceux qui souffrent, en les décidant à se laisser opérer.

Après les extrations des susdites racines, si j'avais eu le malheur de réclamer un nouvel effort de volonté pour une seconde opération, j'aurais très certainement provoqué une syncope nerveuse, et il m'eût été de toute impossibilité de terminer mon opération; je préférais opérer sans rien dire du tout, laissant supposer qu'il s'agissait d'extraire les débris d'une racine fracturée dans l'opération précédente; ceci me réussit, et comme la douleur avait été fort vive, on me garda rigueur d'avoir opéré d'une façon si malheureuse.

Je ne vous décrirai pas cette dent; deuxième petite molaire supérieure droite, au point de vue anatomique elle ne présente rien de particulier, au point de vue anatomo-pathologigue, c'est bien différent, sa structure sera des plus curieuse pour l'étude du microscope: je m'étais proposé de continuer l'étude des coupes microscopiques des dents pathologiques, mes premiers essais ont paru vous intéresser; malheureusement, je ne dispose pas d'un temps suffisant pour mener à bien cette entreprise considérable, j'ai vu avec plaisir votre professeur, M. le Dr Gérard, entreprendre cette très intéressante étude, nul plus que lui ne possède les qualités maîtresses indispensables pour réussir dans cette absorbante étude, de laquelle, n'en doutez pas, résultera d'importantes découvertes, tant pour assurer le diagnostic, que pour établir une efficace thérapeutique.

Sans empiéter sur le travail futur de M. le Dr Gérard, je me fais un devoir de vous présenter cette dent, la couronne n'offre rien de bien remarquable, le volume est normal, la couleur de la dent ne diffère pas sensiblement des autres dents, néanmoins, sa couleur est plus blanche, l'émail semble être privé de son cuticule, en effet, il est moins brillant et plus rugueux. Cependant l'ivoire de la dent est légèrement jauni, et le tissu cémentaire est considérablement augmenté de volume; c'est en vain que vous rechercheriez la structure primitive; il présente quelque analogie avec le verre qu'on aurait soumis à une très haute température, l'augmentation du volume serait en rapport avec la diminution de la densité des tissus osseux, cément et ivoire.

On conçoit aisément qu'une lésion pathologique de ce genre, siégeant à la partie terminale de la racine d'une dent, doive modifier sensiblement, en les perturbant, les moyens de nutrition chargés de l'entretien de cette dent, fût-ce même une dent restée incluse dans les maxillaires.

En effet, la dent que j'ai l'honneur de vous présenter, par sa lésion pathologique est privée de ses deux moyens de nutrition : la nutrition externe par le ligament dit périoste est depuis longtemps supprimée. La nutrition interne : nerfs dentaires et pulpe ont suivi et, à une distance que nous ne

pouvons pas apprécier exactement, ont refusé leurs services; puis, après un stade que nous ne pouvons pas non plus indiquer, stade d'accoutumance d'un corps étranger dans des parties vivantes, sont apparus les phénomènes pathogéniques, amenant la décomposition de ces tissus morts en même temps que les modifications microscopiques que vous allez constater.

L'intensité et la persistance de la douleur tiennent à plusieurs causes: l'extrémité de la racine présentant une exostose cémentaire devant distendre les tissus osseux du maxillaire, comprimer les filets nerveux dans un rayon relativement considérable, amener des troubles dans la circulation, faire naître l'ostéite, amener la suppuration; or, la suppuration dans les parties profondes s'accompagne toujours de phénomènes douloureux fort graves, jusqu'à ce qu'une issue se soit formée pour laisser sourdre ou évacuer le pus.

L'extraction de la dent était parfaitement indiquée, et on ne peut s'empêcher de frémir à l'idée des conséquences qui pouvaient être le résultat de la présence prolongée dans la bouche d'un semblable élément de putréfaction : nul doute que, dans un laps de temps peut-être fort court, on aurait réclamé l'intervention d'un chirurgien pour la résection partielle du maxillaire supérieur.

Cette résection aurait pu devenir plus étendue si le pus s'était fait jour dans le sinus maxillaire, y avait séjourné, en amenant les complications que nous rencontrons parfois; nous sommes doublement satisfaits de vous annoncer que l'extraction seule a suffi pour faire cesser les phénomènes douloureux, que cette opération s'est faite simplement, quoique douloureusement, à ce point que le patient l'a confondu avec une terminaison d'opération, et que nous avons évité les graves complications dont je viens de vous soulever un des coins du voile.

Opérations dentaires sur des aliénés. — M. Poinsot. Comme vous le savez, Messieurs, la bienveillance de plusieurs médecins du service des aliénés pour leurs malades, a fait qu'on nous a demandé les secours de notre art pour soulager les malheureux fous chez qui on observe des désordres de l'appareil dentaire et buccal. Avec l'aide de quelques élèves de l'Ecole, nous avons été assez heureux pour pouvoir exécuter nombre d'opérations, ce qui n'est pas toujours facile, étant donné le nervosisme des opérés. Je ne puis vous apporter toutes les remarques que j'ai pu faire sur la coïncidence de certaines affections dentaires et les grandes névroses; je ne noterai, en passant, que la fréquence de l'ostéo-périostite et des tumeurs kystiques à l'extrémité des racines. Nos soins sont certainement plus nécessaires à ce genre de malades qu'aux autres individus. Les affections dentaires peuvent provoquer des accès de la maladie dominante, et nous avons

recueilli d'un des médecins du service de Sainte-Anne que, depuis nos visites, nombre de nos opérés étaient plus tranquiles.

Nous pouvons espérer que, grâce au dévouement des nôtres, au bon vouloir de l'administration hospitalière, nous pourrons organiser définitivement ce service pour le plus grand bien de l'humanité, et pour l'extension de notre rôle. (Applaudissements.)

La séance est levée à dix heures et demie.

Le Secrétaire général,

G. Blocman.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Par M. Ch. Godon

1° Hygiène dentaire; 2° Effets de l'excitation faradique directe des glandes salivaires; 3° Le glucoside du Boldo; 4° Discussion sur les anesthésiques; 5° Les dents dans les races; 6° Les dents des Peaux-Rouges; 7° Un nouvel alliage; 8° De la solubilité du bi-iodure de mercure; 9° Action destructive de l'euphorbia heterodoxa dans certains néoplasmes.

I. — *Hygiène dentaire.* — Il vient de paraître dans la *Revue d'hygiène* du mois de juillet, sur la dentition de l'enfance, deux communications qui offrent un certain intérêt, non-seulement par le sujet qui y est traité, mais aussi par la compétence et la situation spéciale des deux auteurs.

Ces deux articles ont trait, le premier, à l'examen de la bouche et des dents dans les écoles, et est dû au Dr Magitot; le deuxième concerne les soins à donner aux dents et à la bouche chez les enfants, par le Dr Galippe.

Nous allons les passer rapidement en revue.

1° Instructions relatives à l'examen de la bouche et des dents dans les écoles, par M. le Dr Magitot. — Cet article est divisé en trois parties. Dans la première, qui a pour titre : *Considérations générales*, l'auteur définit les divers phénomènes qui, sous le nom de *Dentition*, concourent à constituer le système dentaire et les avantages qu'il y a à faire connaître au médecin

et à l'instituteur la marche régulière ou anormale de ces phénomènes.

Fidèle à ses habitudes de classification, il divise la dentition en cinq périodes ou *cinq dentitions*, au lieu de deux, comme on le faisait jusqu'alors. Ce sont :

Première phase. — (Première dentition des auteurs). Eruptions de vingt dents temporaires, du sixième au trente-quatrième mois.

Deuxième phase. — Eruption de quatre molaires permanentes, de la cinquième à la sixième année.

Troisième phase. — Chute des vingt dents temporaires de la première phase et leur remplacement par un nombre égal de dents permanentes.

Quatrième phase. — Eruption des quatre secondes molaires permanentes de la douzième et treizième années.

Cinquième phase. — Eruption des quatre dernières molaires ou dents de sagesse, de dix-huit à vingt-cinq ans.

A la suite de cette classification est joint un tableau qui résume ce problème de physiologie et permet au médecin où à l'instituteur de constituer, à tout âge de l'enfant, l'état de la dentition, c'est-à-dire sa formule dentaire et vérifier ainsi son état normal ou anormal. L'auteur étudie ensuite les divers phénomènes de chacune de ces phases sur lesquels il appelle l'attention, en éliminant cependant la cinquième période de la dentition, celle de l'évolution de la dent de sagesse, qui est en dehors de l'hygiène scolaire.

Ayant terminé la physiologie de la dentition, l'auteur passe à la deuxième partie de son travail.

Instructions spéciales à l'école maternelle. — Il prend l'enfant à l'époque de son entrée dans l'école maternelle, vers deux ans environ, c'est-à-dire au moment où la formule dentaire peut être écrite de la manière suivante :

$$\text{Inc. } \frac{2-2}{2-2} \text{ can. } \frac{0-0}{0-0} \text{ mol. } \frac{1-1}{1-1} = 12$$

Puis il passe rapidement en revue l'évolution des dents temporaires encore absentes et rappelle les divers accidents dont elle est souvent la cause.

Il insiste sur ce point que souvent une certaine exagération a fait appliquer à la dentition tous les phénomènes pathologiques qui se produisent à l'époque de l'éruption des dents ; mais qu'aussi, par une exagération contraire, on en est arrivé à nier, d'une manière absolue, le rôle de la dentition dans les accidents qui lui sont attribués. Les accidents de dentition sont réels ; ils se divisent en troubles locaux et directs, en généraux et en reflexes. Les accidents locaux sont la stomatite, la salivation, les démangeaisons ou le prurit des gencives.

Les accidents généraux se subdivisent en *accidents catarrheux*, coryza, bronchite, etc., en *accidents intestinaux*, la diarrhée, l'entérite, *accidents nerveux*, névralgies, agitations, délire, convulsions.

Il passe alors aux indications *d'hygiène pour l'école maternelle,* indications que nous citons en entier.

Indications d'hygiène pour l'école maternelle. 1° Suivre l'évolution des dents de la première dentition et examiner si elle est, par l'époque d'apparition, par leur siège, leur nombre et leurs divers caractères, conforme à l'état physiologique, toute aberration devant être signalée à l'attention de la famille et du médecin ;

2° Examiner si les accidents directs ou reflexes que présente un enfant durant cette période, sont en rapport chronologique avec l'éruption d'une ou plusieurs dents. Etudier s'il existe un rapport de causalité ;

3° Examiner l'état de la bouche et de la muqueuse buccale pendant la première dentition. En cas de lésions pathologiques, recourir à l'intervention médicale ;

4° Pendant la période de repos physiologique qui sépare la première dentition de la seconde (six ans), surveiller la dentition temporaire au point de vue des lésions qui la frappent si souvent (carie). Instituer des règles hygiéniques destinées à relever la reconstitution en cas d'athrepsie et de diathèses ; localement, usage des alcalins neutralisant les agents acides des fermentations ; emploi des antiseptiques en vue de détruire les proto-organismes, agents directs de la carie ;

5° Vérifier à l'âge de six ans si l'éruption des quatre premières molaires permanentes s'effectue normalement, et examiner quelle est la constitution anatomique et chimique de celles-ci. Dans les cas fréquents où elles apparaissent irrégulières, difformes, frappées d'érosion, de sillons noirâtres, renvoi au dispensaire ou à la clinique, pour entreprendre de bonne heure la thérapeutique des lésions reconnues et éviter la destruction de ces importants organes.

Dans la 3° partie de son travail (*Instructions relatives à l'école primaire*), M. Magitot prend l'enfant à l'âge de 7 ans. Sa formule dentaire peut être inscrite ainsi :

$$\text{Inc. } \frac{2-2}{2-2} \text{ can. } \frac{1-1}{1-1} \text{ mol. } \frac{2-2}{2-2} = 24$$

Suivant toujours sa classification, l'auteur étudie les diverses périodes de la dentition de 7 à 12 ans, ainsi que les divers accidenfs qui peuvent être à redouter, — accidents qui sont les suivants :

Instructions relatives à l'école primaire. A l'âge de 7 ans, date de l'entrée de l'enfant à l'école primaire, la première

dentition est achevée, et à celle-ci s'est ajoutée la seconde dentition, dite de six ans, ce qui donne la formule suivante :

$$\text{Inc.}\ \frac{2\text{---}2}{2\text{---}2}\ \text{can.}\ \frac{1\text{---}1}{1\text{---}1}\ \text{mol.}\ \frac{2\text{---}2}{2\text{---}2} = 24$$

Mais aussitôt va commencer la troisième phase ou troisième dentition, c'est-à-dire la chute des vingt dents caduques et leur remplacement par un nombre égal de permanentes. Cette troisième dentition, dont la durée considérable s'étend de la septième à la douzième année, représente une époque véritablement critique chez l'enfant. Il est bien rare en effet que ce double phénomène de la chute de vingt dents et de leur remplacement par vingt permanentes, s'effectue sans irrégularité, sans désordres, sans anomalies. Mais ici, cependant, ce ne sont pas des accidents généraux, des reflexes qui sont à redouter, mais bien des désordres locaux. Voici quels peuvent être ces désordres.

1° Au moment de l'éruption d'une dent permanente, la dent temporaire qui en tient la place peut persister et entraîner la déviation de la première, soit en avant, soit en arrière de l'arcade ;

2° Cette même dent permanente peut présenter un volume tel, qu'il trouve une place insuffisante a son développement régulier ; d'où nouvelle déviation ;

3° La chute d'une dent de lait peut être précoce, anomalie qui entraîne la production d'un espace libre et inoccupé pendant un certain temps dans l'arcade dentaire ;

4° Un certain nombre de dents peuvent évoluer simultanément, d'ou il résulte des compressions des dents entre elles et consécutivement des accident sinflammatoires, soit locaux : stomatite simple, aphtheuse, stomatite ulcéreuse des enfants ; soit généraux, soit nerveux (névralgies) ;

5° Enfin les dents permanentes peuvent, au moment de leur sortie présenter la série des anomalies déjà signalées.

Puis, sous le titre d'*Instructions d'hygiène pour l'école primaire*, l'auteur cite une série de règles principales, afin d'éviter les altérations que peut présenter cette dentition.

Instructions d'hygiène pour l'école primaire : 1° De la septième à la douzième année, surveiller attentivement la chute des vingt dents temporaires et leur remplacement par le nombre égal des dents permanentes ;

2° Proscrire d'une manière absolue toute extraction prématurée d'une dent temporaire dans l'idée de provoquer ou de hâter la sortie de la dent suivante ;

3° Signaler toute déviation ou toute anomalie d'une dent permanente et la soumettre, s'il y a lieu, à la thérapeutique spéciale (orthopédique) ;

4° Dans le cas ou une déviation des dents permanentes reconnaît pour cause la présence d'une ou de plusieurs dents temporaires, ne pas hésiter à conseiller la suppression d'une ou de plusieurs dents temporaires si celles-ci apportent un obstacle évident à leur éruption ;

5° En cas d'accidents locaux, stomatite, phlegmons, abcès, etc., leur opposer la thérapeutique chirurgicale ordinaire ;

6° Les accidents organiques des dents en première dentition, la carie par exemple, doivent être l'objet de soins et d'attention au même titre que les dents temporaires et même, à plus forte raison, puisqu'il s'agit d'organes définitifs :

7° Les mêmes indications s'adressent enfin à la quatrième dentition (groupe des quatre secondes molaires permanentes).

Comme on a pu le voir dans le cours de cette étude, M. le Dr Magitot a, dans cette question d'hygiène dentaire, suivi une méthode absolument scientifique, mais quelque peu compliquée ; il y a ajouté, sans grande utilité, une nouvelle classification aux précédentes, en créant cinq dentitions au lieu de deux ; cependant, malgré ces critiques légères, on ne peut nier que, par ce résumé des diverses instructions concernant la dentition des enfants, M. le Dr Magitot n'ait rendu service, et il serait à désirer, comme il semblait en exprimer le vœu au début, que le tableau résumé synoptique des instructions relatives à l'examen de la bouche et des dents dans les écoles, soit parfaitement connu des instituteurs et des médecins,

2. *Instructions concernant les soins à donner aux dents et à la bouche chez les enfants, par M. le Dr Galippe.* — M. Galippe a traité cette question à un point de vue beaucoup plus général que le précédent auteur. Il s'adresse plus spécialement au public ordinaire et semble avoir pour but de vulgariser les règles principales de l'hygiène dentaire :

« Les soins à donner aux dents et à la bouche sont insépa-
« rables de ceux que l'on prend pour les autres parties du
« corps. »

« La propreté doit être enseignée comme l'orthographe. »

Il combat les divers préjugés qui font que l'on n'apporte pas à ses dents tous les soins désirables.

Puis, il termine par une série de recommandations toutes relatives à l'hygiène du système dentaire, et que nous résumons ainsi :

Nettoyage des dents après chaque repas.

Emploi d'une brosse à soie flexible et de craie lavée additionnée de chlorate de potasse porphyrisé.

Emploi du pain dur et bis pour les enfants tant au point de vue de son action mécanique sur les dents qu'en raison de ses éléments minéraux (acide phosphorique, chaux, magnésie).

(*Soc. de Médec. publique et d'hyg. professionnelle, séance du 24 juin 1885, in Rev. d'Hyg., p. 558.*)

2. *Expériences sur l'excitation provoquée des glandes salivaires.* — M. Vulpian, dans une communication faite à l'Académie des sciences sur les effets de l'excitation faradique directe des glandes, a remarqué que la faradisation directe soit de la glande sous-maxillaire, soit de la glande parotide, détermine toujours une sécrétion assez abondante, contrairement à l'opinion de Claude Bernard, dont les expériences avaient donné sous ce point de vue des résultats complètement négatifs. Dans la parotide, notamment, la sécrétion est abondante, et c'est là un des meilleurs moyens pour obtenir en peu de temps une assez grande quantité de salive parotidienne.

(*Académie des sciences*, 3 août 1885.)

3. *Le Glucoside du boldo.* — M. Gley présente le récit de quelques recherches qu'il a faites sur le *Glucoside du boldo*, que, depuis les récentes communications de M. Laborde, l'on sait posséder une action hypnotique très énergique.

Il résulte des recherches qu'il vient de faire que, pendant le sommeil boldique, les battements du cœur s'accélèrent, l'amplitude de la contraction cardiaque diminue, les mouvements du cerveau deviennent moins amples et, en outre, il a paru que les centres nerveux présentaient une anémie relative, soit qu'il y ait un afflux moindre de sang artériel ou un écoulement plus rapide du sang veineux.

(*Société de Biologie*, 1er août.)

4. *Discussion sur les anesthésiques.* — M. Bailey. — Je m'attacherai surtout à faire ressortir les côtés pratiques de la question. D'après M. Murray, le chloroforme agirait surtout sur la respiration; je crois, comme le plus grand nombre, que son action délétère porte tout d'abord sur le cœur, tandis que l'éther produit plus souvent des accidents du côté des organes de la respiration. En général, j'administre l'éther, que je considère comme moins dangereux. Clover était autrefois partisan du chloroforme; mais, après une série de 5,000 cas sans accident, il perdit deux malades de suite, et dès lors employa toujours l'éther. En Ecosse, on est resté fidèle au chloroforme; au point de vue de la sécurité, rien ne vaut le protoxyde d'azote, et je crois qu'un temps viendra où tout chirurgien l'aura chez lui; ensuite vient l'éther, qui présente, entre autres, le désavantage d'être trop inflammable; lorsqu'on a à se servir du fer rouge dans une opération sur la bouche ou sur la face, je maintiens l'anesthésie au moyen du chloroforme, dont je projette les vapeurs dans la bouche avec l'appareil de Clover. J'évite aussi l'éther chez les gens atteints d'affections graves des poumons. On a beaucoup parlé du bichlorure de méthylène; je le considère comme un simple mélange de chloroforme et d'alcool, et il ne me paraît pré-

senter aucun avantage. Je n'emploie pas non plus le mélange d'alcool, d'éther et de chloroforme, qu'on désigne, en Angleterre, sous le nom de mélange A C E; l'éther s'évapore plus vite que le reste, de sorte qu'on ne sait pas exactement ce qu'on fait. Dans les opérations sur l'œil, je donne un mélange de quatre parties d'éther et d'une de chloroforme.

On a prétendu qu'il était inutile de surveiller le pouls pendant l'anesthésie; je ne suis pas de cet avis, et je crois qu'on s'expose ainsi à certains dangers. D'un autre côté, je suis persuadé qu'il est le plus souvent impossible de prévoir les cas dans lesquels on verra survenir des accidents graves. *Les gens qui meurent pendant l'anesthésie n'ont, en général, aucune lésion grave du cœur ou des poumons.* On a vu des gens, en apparence parfaitement sains, inhaler les vapeurs du chloroforme pendant une minute et mourir en peu d'instants.

En cas d'accidents, j'emploie les injections sous-cutanées d'éther et la respiration artificielle.

M. T. Jones. — J'ai été le premier à recommander le nitrite d'amyle dans les cas d'accidents dont parle M. Bailey, et je crois avoir sauvé plusieurs malades de cette façon.

L'essentiel est d'empêcher l'anémie cérébrale, et je crois que si les cas de mort sont si rares dans la pratique obstétricale, le fait est dû à l'état de pléthore qu'on observe, en général, dans ces circonstances.

M. Morgan. — Après s'être livré à des recherches prolongées, mon frère est arrivé à conclure que le chloroforme était cinq fois plus dangereux que l'éther.

M. Fraser. — Je ne crois pas à ces différences, et pour moi tout s'explique par la manière d'administrer l'anesthésique et par les circonstances dans lesquelles on le donne. Nous avons employé le chloroforme en Ecosse pendant des années avec d'excellents résultats qui ne peuvent être contrebalancés par quelques incidents survenus tout dernièrement. Je prescris souvent une injection sous-cutanée de morphine et d'atropine vingt minutes avant l'administration du chloroforme, parce qu'il me semble que, de cette manière, on diminue un peu le shock.

M. Dudley-Buxton. — J'ai essayé plusieurs fois d'endormir mes malades au moyen des vapeurs d'éther introduites dans le rectum, d'après la méthode recommandée récemment. Le résultat est quelquefois très bon, mais d'autres fois on observe des évacuations liquides et sanguinolentes, et une fois j'ai vu survenir chez un enfant une distension énorme de l'abdomen, qui fut suivie de mort.

En somme, la méthode est dangereuse et doit être réservée pour des cas exceptionnels.

Quant au nitrite d'amyle, je ne crois pas à son utilité.

Je ferai remarquer, en terminant, qu'en Amérique on employait autrefois le chloroforme, mais que maintenant on donne toujours l'éther au moyen d'un simple cône d'étoffe creuse.

(Association médicale britannique, session de Cardiff. in Sem. Médicale.)

5. *Les dents dans les races.*— Dans un des derniers fascicules du *Journal de l'Institut anthropologique de la Grande-Bretagne* (novembre 1884), M. le docteur Flower publie un mémoire important sur la grandeur des dents comme caractère des races. Il mesure la longueur totale des dents molaires à partir de la première prémolaire jusqu'à la deuxième ou troisième grosse molaire; il rapporte ensuite cette mesure à la longueur du crâne prise à partir de la racine du nez jusqu'au bord antérieur du trou occipital. Si l'on suppose cette dernière ligne égale à 100, la mesure de la longueur dentaire sera exprimée par des chiffres allant de 40 à 48; ce rapport ou indice dentaire varie beaucoup dans les races. Chez les aborigènes de l'Inde centrale, les Polynésiens, les anciens Egyptiens et les Européens en général, l'indice est au-dessous de 42; ces peuples sont *microdontes*. Chez les nègres d'Afrique, les Malais, les Indiens de l'Amérique et les Chinois, l'indice est de 42 à 44; ils sont *mésodontes*. Enfin, chez les Tasmaniens, les Australiens, les Négritos et les Mélanésiens, l'indice est au-dessus de 44; ils sont *mégalodontes* comme les singes anthropoïdes (à l'exception des gibbons). Les mesures ont été prises sur plus de trois mille crânes du musée du Collège des chirurgiens de Londres. Il est intéressant à constater que la classification des races d'après la grandeur des dents coïncide singulièrement avec la division courante basée sur la couleur de la peau et la nature des cheveux.

6. *Les dents des Peaux-Rouges.*— M. Manouvrier a examiné les Peaux-Rouges qu'on exhiba au Jardin d'acclimatation, en novembre 1883. Nous notons, dans la communication qu'il fit le 16 avril à la Société d'anthropologie, l'observation suivante qui nous intéresse : « Les dents sont très belles et régulière-« ment implantées, mais souvent usées. Les deux enfants de « treize à quinze ans n'avaient point encore de dents de « sagesse (? ?). Une troisième molaire n'était point sortie chez « l'un des hommes adultes. »

(Société d'anthropologie, séance du 16 avril 1885.)

7. *Un nouvel alliage.* — M. Peligot présente une note de M. Guillemin sur des essais d'alliage de cuivre et de cobalt. Cuivre 94 à 99, cobalt 1 à 6. Cette addition donne au cuivre tenacité, ductilité et malléabilité.

(Académie des sciences, 10 août 1885.)

8. *De la solubilité du biiodure de mercure.* — M. Mehu lit une note qui a pour objet d'appeler l'attention sur la solubilité du biiodure de mercure dans les huiles, l'axonge, la vaseline et quelques autres dissolvants.

L'huile d'amandes douces à 180°, dissout environ 80 gr. de biiodure de mercure par 100 gr.

L'iodure de potassium accroît le pouvoir dissolvant de l'huile d'amande douce.

L'huile d'olive se comporte à peu près dans les mêmes conditions à 100°.

L'huile blanche à 100° dissout 15 gr. 35 de biiodure de mercure pour un kilog.

La solubilité est la même dans l'huile de noix.

L'huile de ricin est un des plus puissants dissolvants du biiodure de mercure.

L'axonge ne peut contenir plus de 4 gr. 50 de biiodure par kilogramme.

La vaseline le dissout peu.

A 100°, l'acide phénique dissout un peu plus de 20 grammes de biiodure par 1,000 grammes.

(*Académie de médecine,* séance du 25 août 1885.)

9. *Action destructive du suc de l'euphorbia heterodoxa dans certains néoplasmes.* — Nous relevons dans le compte rendu de la section des sciences médicales de l'association, une discussion intéressante sur un nouvel escharotique.

En 1875, Muller découvrit aux environs de Pernambuco une euphorbiacée nommée par les indigènes alveloz et dont le suc, préparé d'une certaine manière par les indigènes, possèderait des propriété utilisables en médecine.

M. Loudousky fit quelques expériences sur l'alveloz, notamment sur un épithelioma du col, qu'il réussit à détruire complètement par de simples badigeonnages. Mais il remarqua que l'altérabilité de la substance extraite de l'alveloz est très grande.

Heureusement, un habile chimiste de Pernambuco, M. Santa Cruz, réussit à extraire de ce suc une matière inaltérable. L'action du suc de l'alveloz est celui d'un caustique qui aurait la propriété générale de la cocaïne. L'application en est aisée, c'est un simple badigeonnage, suivi d'un pansement antiseptique.

M. Duplouy vient confirmer les idées et les expérimentations de M. Loudousky, par l'exposé de trois cas.

A son avis, ce nouveau topique joint, à son action escharotique, un pouvoir digestif analogue à celui de la papaïne.

(*Associat. franç. pour l'avanc. des sciences, section des sciences médic.*)

REVUE DE L'ÉTRANGER

Essais et jugements sur la méthode d'Herbst, traduction du Dr H. Sicard. — Le *Dr Bœdecker* : « Nous avons eu une preuve des mérites de la méthode de Herbst pour fouler l'or dans les cavités, comparée avec la méthode du maillet. Le Dr E. Parmly Brown représentait la méthode du maillet, le Dr Abott travaillait avec les brunissoirs à rotation manuelle, et j'étais pour la méthode d'Herbst. Nous avons d'abord commencé par obturer des tubes en verre, que j'avais préparés tout exprès ; ces tubes étaient, aussi rigoureusement que possible, de la même grandeur. Chacun de nous, le Dr Abbott, le Dr Brown et moi (Dr Bœdecker), nous avons obturé un de ces tubes, nous proposant de montrer le degré d'adaptation comparatif de ces différents systèmes. Le Dr Brown, se servant du maillet électrique, a obturé le tube en vingt-neuf minutes ; le Dr Abbott en six minutes et demie, et je ne mis que six minutes pour faire la même opération. Le meilleur résultat a été obtenu par la méthode de Herbst, en frottant et en polissant l'or contre les parois au moyen de pointes en agate mises en mouvement rotatoire par un tour. Le Dr Abbott s'est servi des cylindres velours de White, le Dr Brown de l'or 1000-fine, et j'ai employé l'or allemand de Wolrab. (Le Dr Bœdecker a montré les différents spécimens.)

Nous avons aussi essayé de fouler l'or dans une matrice d'acier, qui nous avait été gracieusement fournie par le Dr Abbott pour l'expérience. Les résultats furent les suivants : le Dr Brown a pris quarante minutes pour faire entrer son or, et le poids de l'obturation était de dix-huit grains (1 gr. 260 mg.); le Dr Abbott a dépensé sept minutes et demi, ayant un aide pour lui donner l'or, et le poids était de dix-sept grains. J'ai mis onze minutes, prenant l'or moi-même, et le poids se montait à quatorze grains et demi (0,gr. 971); mais il est vrai de dire que mon obturation ne remplissait pas entièrement la matrice.

Le rapport, messieurs, montre exactement ce que j'avais réclamé à l'égard de la méthode d'obturation de Herbst, c'est-à-dire que par ce procédé, vous avez une adaptation aux parois de la cavité plus parfaite qu'il est possible d'en obtenir par aucune autre méthode. Mais j'ai à ajouter que j'ai travaillé avec de grands désavantages.

Les brunissoirs dont je me suis servi allaient tous à la pièce à main de Hodge. En conséquence, je n'ai pu me servir des bons instruments de S.-S. White; j'ai dû, au contraire, me contenter d'un vieux tour, dont la pièce à main était tellement usée, qu'elle ne pouvait maintenir un instrument sans avoir des soubresauts en tournant, en sorte que, avant d'avoir obturé

la matrice en entier, ma pointe d'agate est tombée de l'instrument, et étant donné le grand nombre des personnes présentes, elle n'a pu être retrouvée qu'à la fin de la clinique. Mon obturation faite avec un mauvais tour à fraiser, et ne remplissant pas entièrement la cavité, était beaucoup plus légère qu'elle ne l'aurait été, si les circonstances avaient été plus favorables.

Le docteur *E. Parmily Brown* : Je suis obligé, selon l'habitude, de me lever pour me défendre. Le docteur Bœdecker a oublié de mentionner qu'en enlevant son obturation de la matrice, elle s'est cassée en deux, et qu'il en fût de même pour celle du docteur Abbott.

Dr Abbott : La seule chose que l'on doive prendre en considération au point de vue clinique, c'est le genre d'or qui a été employé dans ces opérations. Le poids des cylindres dont s'est servi le Dr Bœdecker était deux ou trois fois plus grand que celui des cylindres que j'ai employés moi-même, en sorte que l'opération m'a pris plus longtemps que si j'avais pris des cylindres plus grands. J'ai dit à la clinique que je pouvais faire une de ces obturations en trois minutes, en me servant de cylindres de même grandeur que ceux que le Dr Bœdecker a employés, et je crois que je pourrais facilement le faire.

Il y a autre chose, c'est que j'avais un aide pour me donner l'or, tandis que le Dr Bœdecker prenait son or lui-même, et ceci pouvait faire une différence d'un autre côté. En sorte que, prenant les choses ensemble, je crois que les expériences ont été faites consciencieusement. Elles ont montré le mérite, qui appartient à la méthode de Herbst, de condenser l'or plus entièrement dans le centre de la cavité, tandis qu'il s'adapte sûrement et facilement aux parois. Je crois que ces faits ont été très clairement démontrés.

Rapport présenté à First district Dental Society de l'Etat de New-York.

Dental Cosmos, juillet 1885, *p.* 416.

Nous jugeons bon de faire aussi connaître à nos lecteurs la conclusion d'un article bibliographique du même journal à propos de Das Füllen der Zahne mit Gold, etc. (exposé de la méthode Herbst par l'auteur lui-même). Les conclusions de cet article diffèrent des opinions émises ci-dessus. On verra ainsi qu'il n'y a pas unanimité à cet égard et quelles sont les raisons données de part et d'autre.

« L'auteur de ces lignes suivit les instructions de Herbst pendant dix-huit mois, et dépensa beaucoup de temps, de patience et d'or, pour arriver définitivement à ne pouvoir obtenir une obturation solide. Cela peut être sa faute, mais il est de l'opinion, depuis la lecture de l'ouvrage que, s'il avait eu

les instruments à main indiqués, les obturations auraient été peut-être plus satisfaisantes, sans que probablement on pût se fier à leur solidité. Ceci n'est pas dit en esprit d'opposition à la méthode, mais provient d'une conviction positive, basée sur une longue expérience, que l'obturation des dents par ce moyen n'assurera jamais un succès. Herbst est honoré pour son œuvre, car elle est sans doute originale, et l'avenir peut lui donner une extension à laquelle nous ne pensons pas actuellement.

« Chaque perfectionement des anciennes méthodes doit être jugé par ses mérites sans prendre des titres criards, comme « méthode allemande ». Il n'y a pas de méthode allemande, américaine, française ou anglaise pour obturer les dents, mais des procédés qui, s'ils ne sont pas universels, ne sont pas tout au moins particulier à un pays. La base du savoir pour obturer les dents est le sens commun, et il n'y a de vrais dentistes que ceux qui y réussissent. »

(*Dental Cosmos, août 1885, p.* 509).

La cocaïne en chirurgie dentaire, traduction de M. Butlin. — Ayant lu avec intérêt le rapport qui a paru, il y a quelques semaines, sur les diverses applications de la cocaïne, je pensais que la relation de quelques-unes de mes propres expériences en chirurgie dentaire pourrait être intéressante.

Pour l'extraction, j'ai essayé une solution de l'hydrochlorate de cocaïne, et j'en ai obtenu des résultats satisfaisants. Il paraît mieux agir sur les incisives et les prémolaires, ainsi que sur les racines, lorsqu'elles sont séparées.

Le cas suivant démontrera la méthode adoptée, etc.

R. W..., portefaix, âgé de 20 ans, vint à l'hôpital dentaire pour être délivré d'une deuxième prémolaire inférieure droite, d'une grosseur au-dessous de la moyenne et parfaitement solide. J'entourais d'abord la dent d'un centimètre et demi à peu près de gencive avec le coin d'une serviette pour maintenir les endroits parfaitement secs et empêcher la salive d'enlever la cocaïne. J'appliquais alors largement les cristaux sur la gencive tout autour de la dent par trois fois et à deux minutes d'intervalle; après la seconde application, la gencive était entièrement anesthésiée, le patient ne sentant pas les piqûres faites à l'aide d'un instrument. Quelques secondes après la troisième application, avec un davier chauffé que je cachais soigneusement, je pratiquais l'extraction, sans rien dire pendant quelques temps. A la fin, je désirais que le patient se rinçât la bouche, mais il se mit à sourire en disant que la dent n'était pas enlevée; et il ne voulut pas le croire avant d'avoir touché la cavité alvéolaire avec son doigt.

Pour les grosses dents, je trouvais qu'il était bon d'agir comme ci-dessus, et de plus juste, au moment de l'extraction, d'introduire la pointe d'une petite seringue hypodermique

entre la gencive et le collet de la dent, et d'injecter deux ou trois gouttes d'une solution à 4 p. 0/0. Ceci, cependant, n'est pas toujours possible.

Pour les molaires, surtout celles du haut, quoique la douleur soit beaucoup diminuée, il y a toujours une sensibilité à la séparation des racines avec leurs alvéoles et la rupture des nerfs à l'apex des racines, etc.

Dans les cas que j'ai vus, la gencive est revenue à son état normal en très peu de temps, et il n'y a eu aucun symptôme défavorable d'aucune sorte, quoique j'aie soigneusement surveillé localement et autrement. Pour émousser la sensibilité de la dentine, une solution à 20 p. 0/0 a toujours été efficace jusqu'ici. En l'appliquant sur une petite boulette d'ouate pendant quelques instants, j'ai été à même de préparer une cavité qui avait occasionné avant les plus vives douleurs; une solution de cette force rendra, je crois, de grands services dans la préparation des cavités à proximité de la pulpe et même dans les opérations de la pulpe elle-même.

(KNO ACKLAND, *British. med. journ.*, 11 avril 1885.)

Calcul du plancher buccal. — Calcul d'aspect mûriforme, long de cinq centimètres, large de un centimètre, siégeant immédiatement sous la muqueuse linguale, au voisinage du frein, au point occupé généralement par la grenouillette. L'extraction fut facile et la guérison complète, après trois cautérisations au crayon de la poche kystique. En même temps que la difformité et la gêne fonctionnelle, disparurent des névralgies et des contractures qui apparaissaient de temps à autre depuis quelques années dans la région sushyoïdienne.

(*The Lancet* et *Revue médicale,* 7 juin 1884, t. I, page 809).

Traitement de la constriction des mâchoires. — Dans la séance d'hier de la Société Império-Royale des Médecins, M. Benedikt, a présenté une malade qui était atteinte d'une constriction des mâchoires. Le spasme était tellement douloureux, que la malade ne put être calmée qu'en tenant continuellement entre les dents une pièce de caoutchouc dans laquelle elle mordait. Les dents étaient attaquées et offraient un aspect pitoyable. L'affection résista à tout traitement : galvanisation du sympathique, électrisation avec des courants d'induction, atropine, etc. M. Benedikt, eut alors l'idée d'appliquer l'électricité par influence sous forme de vent électrique, en mettant le pôle positif d'un côté et le pôle négatif de l'autre. Dès la première séance, les crampes cessèrent et la malade se trouve actuellement en pleine voie de guérison.

(Semaine médicale).

Résultats définitifs du bec-de-lièvre compliqué. — M. Gotthelf (Heidelberg) rapporte qu'au service du Dr Czerny, presque tous les

opérés du bec-de-lièvre compliqué sont morts peu après l'opération.

Aucun des enfants opérés n'était âgé de plus de 6 mois.

M. Volkman a constaté les mêmes résultats.

M. Hofla (Wurtzbourg) a réuni 80 cas d'opération de becs-de-lièvre. Sur 36 cas simples, il y eut 4 morts (1/9). Sur 44 becs-de-lièvre compliqués, 6 enfants seulement vivent encore.

M. Pratsch (Breslau) est d'avis de faire de bonne heure l'opération destinée à permettre une nutrition suffisante. L'opération prothétique doit être retardée.

M. Braunn (Iéna) est d'avis d'extirper l'os inter-maxillaire, qui jamais n'est d'une grande utilité pour la mastication.

(*Connaiss. méd.*, 27 août 1885, p. 279).

BIBLIOGRAPHIE

Recherches sur les propriétés physiques et la constitution chimique des dents, sur les rapports du coefficient de résistance à l'état de santé ou de maladie, avec les modifications de la nutrition. Etude de pathologie générale par le Dr V. Galippe, chef de laboratoire à la Faculté de médecine, membre de la Société de biologie. Masson, 1885.

M. le Dr Galippe a jugé, avec raison, que plus d'une pierre fondamentale manquait à l'édification de la science odontologique, et il a voulu y apporter sa contribution, en faisant des recherches nouvelles sur les constituants physico-chimiques des dents.

La mesure de la pesanteur spécifique a tout d'abord attiré son attention. Si l'observation chimique avait déjà suscité sur ce point des remarques générales, elles manquaient de précision. On avait observé le peu de résistance aux instruments et aux agents chimiques d'une certaine nature de dents; le microscope avait décelé des lacunes dans la constitution moléculaire de la dentine et de l'émail ; mais on ne soupçonnait pas une différence de densité entre les dents des mâchoires opposées, (2, 1747, mâchoire supérieure, 2, 1575, mâchoire inférieure), entre celles du côté droit, 2, 11, et celles du côté gauche 2, 09, etc., etc. Cet ordre de recherches est tout nouveau, et nous sommes convaincus que son application générale suscitera des découvertes intéressantes.

A cette première partie, M. Galippe a ajouté le résultat des nouvelles analyses qu'il a faites sur la composition chimique des dents. La plupart des analyses antérieures datent de la première moitié de ce siècle et il était bon que des recherches plus modernes, plus nombreuses, s'y substituent. Nous sommes heureux de voir un dentiste français travailler à cette tâche ardue.

Aux faits qu'il nous fait connaître, l'auteur ajoute des considérations personnelles que l'observation et l'expérience n'ont pas encore démontré. Pour lui, les dents sont sous l'action constante de l'état général.

On ne peut nier cette relation, on peut discuter sa plus ou moins grande importance. Aux analogies des tissus dentaires avec les tissus osseux, on peut opposer leurs dissemblances et surtout l'absence de circulation sanguine à travers l'épaisseur de la dentine. Le problème sera mieux élucidé quand on aura observé sur des cas nombreux l'état des dents dans les diverses maladies, quand des analyses de dents provenant de sujets pathologiques auront montré la mesure de l'action des modificateurs généraux sur ces tissus bien particuliers, qui constituent la dent.

Ces recherches seraient d'un grand intérêt pratique; elles traceraient, en quelque sorte, la tâche du dentiste dans l'avenir. Nous accordons actuellement une grande place à la dentisterie opératoire dans la thérapeutique dentaire, nous ne demandons pas mieux de la faire descendre à un rang subalterne et de constater que le médecin fait plus et mieux que nous sur ce domaine spécial, en agissant par le régime et la médication générale.

Le bénéfice de telles études est considérable; les faits qu'elles enregistrent sont des bases solides pour la science et la pratique, elles sont l'honneur de celui qui s'y voue, et nous serions heureux d'avoir à rendre compte prochainement des études complémentaires que M. Galippe nous promet.

Lectures sur l'histoire de la médecine, rédigées par le docteur Thomas, sous-bibliothécaire. à la Faculté de médecine de Paris (Delahaye et Lecrosnier).

Si ce livre est étranger à notre art, ou tout au moins à ses préoccupations pratiques, il n'est pas inutile pour la culture intellectuelle de quiconque touche à l'art de guérir. Car, suivre la genèse de l'idée thérapeutique à travers l'histoire; voir comment la pratique rationnelle s'est peu à peu dégagée du mysticisme qui l'étouffait; se retrouver pour quelques instants au milieu d'un monde disparu, c'est encore apprendre son métier d'homme et de praticien.

Les *Lectures sur l'histoire de la médecine* font mieux aimer le temps actuel, qui nous assure nombre de bienfaits qu'une

longue possession nous a rendu indifférent, et aucun de nous n'a à redouter le sort de Léopold V.

Le duc d'Autriche Léopold V tombe si malheureusement de cheval, qu'il se fait une fracture comminutive des deux os de la jambe avec issue des fragments ; le lendemain, le pied, tuméfié à l'extrême, était déjà violet. Les médecins reconnurent la nécessité d'une amputation, mais personne n'osa l'entreprendre ; il fallut qu'un valet de chambre se résignât, sur l'ordre du prince, à couper avec un marteau et une hachette, la partie du membre en voie de mortification; inutile de dire que l'illustre patient succomba. (1)

Les progrès de tous genres nous ont rendu hyperesthésiques; il est bon de savoir que l'épiderme humain ne fut pas toujours aussi respecté, ainsi que nous le montre l'extrait suivant que l'auteur a puisé dans la loi des Ripuaires. (Nous ne le citons pas comme modèle de justice réparative).

« *Si une personne en a blessé une autre à la tête ou aux membres, de telle sorte qu'un os soit sorti ; si le bruit de cet os jeté sur un bouclier s'entend de l'autre côté d'un chemin public, large de douze pieds, le coupable sera puni d'une amende de six sols.* « *Quand la tête a été transpercée de telle sorte que la cervelle soit à jour, que le médecin la touche avec un linge, l'agresseur devra payer douze sols* ».

L'amende s'élevait jusqu'à 40 sols dans les hernies du cerveau, même lorsque la portion sortie avait été réduite à l'aide de médicaments ou du siricum, espèce de spatule dont la description n'a été donnée nulle part.

Enfin l'appréciation de ce chirurgien peut être de quelque utilité professionnelle pour nombre de nos confrères.

Celse a appelé, dit-il (Johannes Lang, de Lamberg), melitera le liquide qui suinte des ulcères de mauvaise nature, quand les nerfs voisins ont été lésés, principalement près des genoux.

Nos chirurgiens l'appellent de ce nom stupide : eau des articulations, bien que de toutes les articulations du corps, vous ne retiriez pas autant de liquide qu'une plaie enflammée en donne en vingt-quatre heures. Mais nos imbéciles, craignant donc que cette liqueur, nécessaire aux articulations, ne s'en échappe, bouchent la blessure avec de la bourre recouverte d'un monceau de compresses; si bien que la sanie ne peut s'écouler et fuse conséquemment par tout le membre, dont la gangrène finit par s'emparer. (2)

---

(1) Deuxième lecture. La Chirurgie militaire au XV[e] et au XVI[e] siècles, p. 20.

(2) Loc. cite, p. 28.

Une conduite aussi peu judicieuse est-elle complètement abandonnée, et aurions-nous beaucoup à chercher pour trouver des dentistes qui bourrent de coton les dents affectées de périostite aiguë, d'abcès alvéolaire ?

La chirurgie militaire au XVe et au XVIe siècles, et un étudiant en médecine il y a neuf cents ans, sont des tableaux historiques de premier ordre. D'ailleurs, il est inutile de parler dans ce journal des qualités éminentes de l'auteur de ces lectures : l'histoire est une résurrection, a dit Michelet, et tirer du tombeau les acteurs et les idées oubliés, les faire revivre aux yeux des contemporains, est œuvre de science et d'art. L'une et l'autre se rencontrent dans ce petit livre.

L'histoire de la médecine est l'histoire de l'humanité elle-même, bien plus que les récits chronologiques des faits et gestes des politiques et des guerriers. C'est l'honneur de notre temps d'avoir compris que la véritable histoire devait porter sur tous les objets de l'activité humaine, sur les états intellectuels et sociaux qui ont précédé le nôtre et dont nous sommes les héritiers malgré nous.

PAUL DUBOIS.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE INTERNATIONAL

(Année 1885)

Art Dentaire et Sciences connexes

OUVRAGES, MÉMOIRES, ARTICLES, PUBLIÉS EN FRANÇAIS

GALIPPE. Instructions concernant les soins à donner aux dents et à la bouche chez les enfants (*In Rev. d'hyg., juillet*).

MAGITOT. Instructions relatives à l'examen de la bouche et des dents dans les écoles (*In Rev. d'hyg., juillet*).

JUPPONT. L'Electricité à l'exposition de l'Observatoire de Paris. In-8°. 141 p., 127 fig., libr. Michelet.

DENUCÉ (P.). Epithelomia de la langue. Extirpation par la méthode sus-hyoïdienne (*Gaz. hebd. des sc. méd.*, Bordeaux, 26 juillet).

MAGITOT. Recherches anthropologiques aux pays de Comberet et d'Angères (Puy-de-Dôme).

ARNAUD. De l'hémiathrophie de la langue dans le tube dorsal ataxique. In-8°, 52 pages, impr. Davy.

AUBRY. Contribution à l'étude de la coca du Pérou et de la cocaïne. In-4°, 143 p. Impr. lorraine. Nancy.

MALASSEZ. Sur le rôle des débris épithéliaux paradentaires (*Archives de physiologie normale et pathologique*, 15 mai 1885).

PARISOT. Contribution à l'étude de la parotidite chronique saturnine (*Revue méd. de l'Est. Nancy*, 1er août).

JULIEN. Aide-mémoire d'anatomie : muscles, ligaments, vaisseaux, nerfs. In-18, 188 p. Doin.
Anatomie sous forme de tableaux, résumé très utile à la veille des examens.

ARTIGALAS et G. MAURAUGE. Les microbes pathogènes. T. I, 1er facicule. Masson.

LOEVIS. De la cheiloplastie par le procédé du pont sushyoïdien, avec ilot mentonnier d'arrêt pour la restauration des grandes pertes de substance de la lèvre inférieure. In-8°, 55 p. Imp. Bellon. Lyon.

JURANVILLE. Recherches expérimentales et cliniques sur l'action somnifère de la boldo-glucine. In-8°, 60 p. Impr. Davy.

LEJARD-SURSUNE. Variété d'épitheliome de la lèvre inférieure (*Archives générales de médecine*).

FANTON. — Appareils dentaires en aluminium, suivi de : Notice sur la tuberculose dentaire ; par Richard Fanton, chirurgien dentiste. In-8°, 15 p. Orléans, imp. Jacob, lib. J.-B. Baillière et fils.

WURTZ. Introduction à l'étude de la chimie, par Ad. Wurtz, de l'Institut. In-8°, 280 p. avec 60 figures, Paris, imp. Lahure, librairie G. Masson.

OUVRAGES, MÉMOIRES, ARTICLES
PUBLIÉS EN LANGUES ÉTRANGÈRES

LÉVY. On the periods of eruption of the permanent teeth as a test of age (Des périodes d'éruption des dents permanentes pour témoigner de l'âge du sujet (*British med. Journ.* Londres, 8 août).

HERBST. Das Füllen der Zohne mit Gold, etc.; nach Deutscher methode. Ash and sons. Berlin.

JALLAND. Malignant Disease of the Mouth ; Excision of the Floor of the Mouth and Part of the Lower Jaw, Recovery. Affection maligne de la bouche. Résection d'une partie du maxillaire inférieur et du plancher de la bouche. Guérison (*Lancet*, juillet, Londres).

JOHNSON (George). The Etiology and Pathology of the so-called « Dentist's leg. » (*Lancet*, Londres, 15 août). Sur une affection spéciale aux dentistes ou aux personnes obligées de conserver une position particulière dans la station debout.

BETTMAN (B.). Peroxide of Hydrogen as a Medicinal Agent. Eau oxygène comme agent thérapeutique. (*Chicago Med. journ. and exam.*, juin.)

WEIZSACHER. Fh. Uchoi du Behandlung der Shaero glossie mittels Ignijunhlur. Stittheil ans der chirur. Klinik zu Fhubengen Hefts S 221-224.

DETZNER (Ph.). Prachtische Darstellung der Zahner zatzkunde. Slit 237 Holzschnitben. In-gr.-8. Berlin, Desh et Sans.
(*Demonstrations pratiques sur la prothèse dentaire.*)

HOLLANDER (L. H.) Das Füllen der Zahne mit Gold und andere Materialien. In-gr. 8°. 218 Seiten Leipzig, Arthur Felix.

(L'obturation des dents par l'or et d'autres matières. (*2e édition, revue et augmentée.*)

Robinson (L.). Die Zahne ihre Behandlung im gesunden und Branken Zustands, sowie ihr kunslicher Ersalz. 8°. Iena. F. Stlauke's Verlag.
Les dents, hygiène, traitement et remplacement prothétique.

Bouma (G.) Rine Iodoformreaction. Centralblatt, f. Chirurgie, 1883, S 769 bis 771.

Dchio (K.) Ueber fortlanfende Korperwagungen wœhrend der Dentitions periode. Iahrb. f. Kinderheilk. Bd XX S 64-71.
(Sur le développement du corps pendant la période de la dentition.)

Kach (K.) Ein Beitrag zu den fortlanfenden Kœrpervagungen vœhrend der Dentitions periode. — Kinderheilk. Bd XX S. 341-343.
(Rapport additionnel sur le développement du corps pendant la période de dentition).

Walzberg (Th). Tic douloureux und Zahnneuralgie. Bernerk. Zur differentialdiagnose ders. Centralblatt. f. Chir. S. 718-722.
(Tic douloureux et névralgie des dents ; observations sur les symptômes différentiels.

Zeller (A.) Ueber die Schicksale des Iodoforms u. Chloroforms im organismus. Zischr. f. phys. Chimie. Bd VIII. S. 70-78.
(Sur le rôle de l'iodoforme et du chloroforme sur l'organisme.)

Bestimmumgen. Die für das Deutsche. Reich geltenden. uber die Prüfungen der Aertzte und Zahnaertzte. 8°, Leipzig, Rossbergische. Buchlandlung.
Réglementation des examens des médecins et dentistes de l'empire d'Allemagne.

Ludwig (Ferdinand von Boiern.) Zur Anatomie der Zunge. Rine vergleich-anatom. Shidie. 108 S. Mit 51 dobbelt. u. einf. Tafl. gr. 4°. Manchen. Liter-Urtist. Anstalt.
(Sur l'anatomie de la langue, étude anatomique comparée).

Plaut (H.) Farbungs-Methoden zum Nachweis der faul miserregenden und pathogenen. Micro. organismen gr. 8°. Leipzig, H. Voigt.
(Méthode de coloration pour la dissection et l'étude des micro-organismes.

Hubermass (O). Refenbein-Osteom der Nasenhæhle. Stlittheil. ans der chir. Klinik gu Thubengen Heft. 2 S. 376-380.
(Un odontome de la cavité nasale).

P. Dubois.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Mixture dentifrice par M. PAUL VIGIER :

Essence de menthe anglaise	10	»
— d'anis de France	4	»
— de badiane	4	»
— de cannelle de Ceylan	1	»
— de roses	0	50
— de girofles	2	»
Teinture d'ambre	2	»
— de vanille	10	«
— de cochenille	25	«
— de bois de campêche	2	»
— d'iris	6	»
Sucre candi en poudre	10	»
Alcool à 90°	1 litre	

Injections d'éther iodoformé dans les abcès froids, par M. A. VERNEUIL. — Après avoir évacué la presque totalité du liquide à l'aide d'un appareil aspirateur (trocart n° 3) sans exercer sur la poche la moindre pression, on procède immédiatement à l'injection éthéro-iodoformée. On se sert d'une solution à 5 0/0, dont on n'injecte que 100 grammes au maximum, 50 à 60 grammes suffisent pour les cavités moyennes. De cette façon, la quantité d'iodoforme abandonnée à l'absorption ne dépasse jamais 4 à 5 grammes. Il est prudent d'agir ainsi pour éviter toutes les chances d'empoisonnement.

A peine l'injection est-elle parvenue dans la cavité, qu'on voit celle-ci se remplir en quelques instants et reprendre ses dimensions égales sinon supérieures à celles qu'elle offrait avant l'opération. Cette distension, qui est due à la vaporisation de l'éther, persiste plusieurs jours. Il est rare qu'une seule injection suffise ; pour peu que les cavités soient grandes, la guérison exige de 2 à 4 injections.

On sait que pour être efficaces, ces injections doivent détruire complètement la paroi interne de l'abcès qui recèle le parasite tuberculeux.

(*Revue de Chirurgie*, mai 1885)

PATE DE LISTER

Acide phénique	20	grammes
Huile de lin ou d'olives	100	—

Craie blanche pulvérisée, quantité suffisante pour obtenir une pâte molle.

On étend cette pâte sur une feuille de gutta-percha ou sur une feuille d'étain et on l'applique soit sur une articulation ouverte, soit sur un abcès profond, soit sur une plaie chirurgicale. N. G.

(*Union médicale*)

COTON SALICYLÉ

Acide salicylique pulv.	10	grammes.
Alcool concentré	100	—
Glycérine	1	—
Coton purifié	100	—

On fait dissoudre de l'acide salicylique dans l'alcool, on ajoute la glycérine, on sature de cette solution le coton purifié, on l'exprime, on le sèche, puis on le détire et on le conserve dans des flacons bouchés.

Du sulfure de carbone dans les névralgies. — Dans le cas de névralgie pure, sans lésion organique ou inflammatoire, on verse 10 à 15 gouttes de sulfure de carbone sur une boulette de coton et on l'applique immédiatement sur la région douloureuse, en ayant soin d'empêcher la volatilisation trop rapide du sulfure ; contre la céphalalgie, on place le coton de préférence à la tempe ; cependant, si la douleur siège au vertex ou au front, c'est sur ces points mêmes qu'on porte le sulfure. Lorsque la douleur est diffuse, on applique le sulfure de carbone sur plusieurs points ; si elle récidive, on renouvelle l'opération tant qu'il le faut, cela est sans danger.

Le sulfure de carbone détermine d'abord une sensation de chaleur, puis une douleur qu'on ne supporte guère plus d'une demi-minute. On enlève le coton, dès que la chaleur est devenue intolérable, et l'auteur affirme que le soulagement est, pour ainsi dire, instantané. La rougeur de la peau disparait lentement, sans qu'il y ait de vésication ni de brûlure. — Quand on applique le sulfure de carbone sur la face, on recommande au malade de fermer les yeux, afin d'éviter l'inflamation de la conjonctive.

N. G.

(*Union méd., 19 mars 1885.*)

INVENTIONS. — PERFECTIONNEMENTS

BREVETS DÉLIVRÉS EN FRANCE

164, 398. 31 décembre 1884. --- SAUSSINE, rue Drouot, 24, à Paris, *certificat d'addition* au brevet pris, le 20 septembre 1884, pour une poupée de tour dentaire à plusieurs arbres flexibles de transmission.

165, 283. 21 novembre 1884. --- Société H. GALANTE ET FILS, représentée par Albert Cahen, boulevard Saint-Denis, 1, à Paris. *Certificat d'addition* au brevet pris, le 10 novembre 1884, pour un système de monture ou accouplement mobile destiné à relier les pièces ou tubes de caoutchouc employés dans les appareils médicaux et autres.

165, 446. 18 novembre 1884. --- SMITH, représenté par Thirion, boulevard Beaumarchais, 95, à Paris. Perfectionnements dans la fabrication de composés de caoutchouc.

165, 489. 20 novembre 1884. --- COLLIN, représenté par Bœttcher et Marillier, boulevard de Strasbourg, 26, à Paris. Nouveau produit antiseptique.

165, 493. 20 novembre 1884. --- PRÉTERRE, représenté par Chassevent, boulevard Magenta, 11, à Paris. Système de pinces coupantes, dit *coupe-chevilles Préterre.*

165, 629. 27 novembre 1884. --- FONTAINE, représenté par Armengand jeune, boulevard de Strasbourg, 23, à Paris. Appareil inhalateur.

165, 752. 4 décembre 1884. --- SMITH, représenté par Thirion, boulevard

Beaumarchais, 95, à Paris. Système de lampe électrique applicable aux spéculums et à d'autres instruments scientifiques.

165, 794. 8 décembre 1884. --- SENET, rue Louis-le-Grand, 24, à Paris. Préparation de l'aluminium à l'aide de la pile électrique ou d'un courant électrique par un générateur quelconque.

165, 801. 8 décembre 1884. --- STEIN, représenté par Mérian, rue de Provence, 34, à Paris. Pile électrique double à immersion pour éclairage à incandescence et pour opérations chirurgicales.

165, 834. 9 décembre 1884. --- DALY, représenté par Thirion, boulevard Beaumarchais, 95, à Paris. Genre d'appareil dentaire dit : *maillet rotatif.*

165, 905. 13 décembre 1884. --- MENGES, représenté par Delage, rue Saint-Sébastien, 45, Paris. Lampe à arc voltaïque.

165, 907. 13 décembre 1884. --- Société DROUARD frères, représentée par Delage, rue Saint-Sébastien, 45, à Paris. Système permettant d'adapter à la lampe électrique par incandescence les formes et disposition essentielles des lampes usuelles à huile du système dit : *modérateur*, avec enveloppes en métal, porcelaine, faïence, etc.

165, 944. 15 décembre 1884. --- VELLONI, représenté par Chassevent, boulevard Magenta, 11, à Paris. Système de pile hermétique transportable.

166, 190. 30 décembre 1884. --- EDSON, représenté par Thirion, boulevard Beaumarchais, 95, à Paris. Méthode pour la fabrication de l'ivoire artificiel.

166, 245. 3 janvier 1885. --- COLLIN, représenté par Chassevent, boulevard Magenta, 11, à Paris. Genre d'instrument ou outil applicable comme pince pour les usages industriels et autres, et comme davier pour la résection des os.

166, 264. 5 janvier 1885. --- WELLSTEIN, représenté par MM. Assi et Genès, boulevard Voltaire, 36, à Paris. Mode d'établissement des lampes électriques à incandescence.

166, 355. 10 janvier 1885. --- ALDRIDGE, représenté par Lombart-Bonneville, rue de la Chaussée-d'Antin, 8, à Paris. Perfectionnement aux lampes électriques incandescentes.

166, 404. 14 janvier 1885. --- BARBIER, représenté par Lépinette et Robilloud, avenue de Saxe, 66, à Lyon (Rhône). Production économique de la lumière électrique pour les usages domestiques.

166, 428. 13 janvier 1885. LARTIGUE, représenté par Chassevent, boulevard Magenta, 11, à Paris. Système d'éclairage électrique de poche.

166, 437. 14 janvier 1885. --- SOCIÉTÉ ANONYME LE FERRO-NICKEL, représenté par Thirion, boulevard Beaumarchais, 95, à Paris. Genre d'alliages dits : *ferro-maillechorts*, et procédé propre à leur fabrication.

166, 664. 26 janvier 1885. CALLOW, représenté par Chassevent, boulevard Magenta, 11, à Paris. Perfectionnements dans la fabrication par l'électro-métallurgie des plaques découpées, décorées ou ornées et autres articles métallurgiques perforés ou ajourés.

166, 700. 28 janvier 1885. WIRTH, représenté par Pagès et Joubert, rue Sainte-Apolline, 2, à Paris. Nouveau genre de fauteuil mécanique.

166, 724. 2 février 1885. BULLE, à la Butte, banlieue de Besançon (Doubs). Palladiage électro-chimique adhérent sur mé:aux.

166, 740. 30 janvier 1885. --- BRIN (Les sieurs), représentés par Chassevent, boulevard Magenta, 11, à Paris. Procédé de fabrication du ferro-nickel et d'affinage du nickel.

Pour extrait :

O. FRION.

Préservation des instruments de la rouille.— Pour préserver de la rouille les objets en fer ou acier poli, tels que les instruments de chirurgie, il suffit de les graisser légèrement avec de l'onguent mercuriel.

(Chemisch-technisches Repertorium).

D'après la *Revue Industrielle*, l'huile de pétrole aurait les mêmes avantages.

LE PRIX DE CERTAINS MÉTAUX A DIX ANS DE DISTANCE

Osmium	3.952	....	3.425
Iridium	3.850	....	2.465
Or	3.450	....	3.450
Argent	215	....	183
Aluminium	98	....	98
Nickel	30	....	8.50
Mercure	5.50	....	4.70
Etain	3	....	2
Cuivre	2.25	....	3.10
Arsenic	1.80	....	1
Plomb	0.60	....	0.30
Zinc	0.55	....	0.40
Acier	0.30	....	0.17
Fer en barre	0.25	....	0.15
Fonte	0.10	....	0.07

(*Metallurbeiter*).

Pile Leclanché sans liquide. — M. C.-M. Gariel a récemment présenté à la *Société de physique*, au nom de M. Guérin, une pile dont les liquides ont été immobilisés et qui, par suite, est devenue transportable, qualité fort recherchée pour nombre d'applications. M. Guérin a obtenu ce résultat avantageux en employant à la place de l'eau une dissolution faite à chaud d'agar-agar, algue venant des pays d'Extrême-Orient. Par le refroidissement, le liquide se prend en une gelée solide et élastique. La proportion d'agar peut varier de 1 à 5 pour 100 et dépend des substances qui doivent être mélangées au liquide. Le modèle que M. Gariel a étudié est une pile Leclanché à agglomérer; sa force électro-motrice est légèrement inférieure (0 volt 03 à 0 volt 04) à celles des piles Leclanché ordinaires. La résistance d'un de ces éléments de moyennes dimensions est de $0^{om},6$ environ. On peut construire par le même procédé des piles d'autre modèle présentant les mêmes avantages

(*Nature*).

Mastic pour la pierre. Les journaux américains publient la recette d'un mastic pour les ouvrages de pierre, entre autres pour les scellements. Il durcit rapidement et de plus est très liant.

On le fabrique avec du protoxyde de plomb finement pulvérisé, mélangé avec la quantité de glycérine convenable pour donner une bouillie épaisse.

Il est insoluble dans l'eau; les acides énergiques seuls l'attaquent.

(*Moniteur industriel.*)

Tuyaux imperméables au gaz. — M. Th. Flechter, à Washington, a trouvé le moyen de fabriquer des tuyaux imperméables au gaz.

Ces tuyaux sont formés de deux couches de caoutchouc, l'une intérieure grise, l'autre extérieure rouge, séparées par une feuille d'étain soudée et assez mince pour leur conserver une flexibilité et une élasticité suffisante.

(*Art Dentaire*).

NOUVELLES

Quoique cela soit en dehors du cadre de ce journal, nous ne pouvons nous empêcher d'applaudir, après tant d'autres, au discours que M. Verneuil a prononcé en inaugurant la session de 1885 de l'Association française pour l'avancement des sciences. En lisant ce discours, d'une moralité si élevée, plein de pensées profondes, nous nous rappelions avec orgueil, que le même grand et honnête homme avait daigné apporter ses félicitations et son appui à l'Ecole Dentaire de Paris. Les conseils de probité scientifique et professionnelle que M. Verneuil faisait entendre à ses auditeurs de Grenoble, devraient être écoutés par tous ceux qui font œuvre chirurgicale et médicale à quelque titre que ce soit, et nous conseillons à nos confrères qui n'en ont pas eu connaissance de lire ce spirituel et beau discours.

Tout dentiste désirant suivre les cours de l'ECOLE DENTAIRE de PARIS pour l'année scolaire 1885-86 est prié d'adresser une demande accompagnée : 1° d'un acte de naissance ; 2° d'un certificat de bonnes vie et mœurs 3° d'une ou plusieurs pièces pouvant indiquer sûrement l'époque depuis laquelle il pratique comme élève, assistant ou patenté.

Pour tous les renseignements, s'adresser :

A M. le Secrétaire général, 23, rue Richer, à Paris.

(Envoi gratuit de la brochure à toute personne qui en fera la demande.)

Réouverture des Cours le 2 Novembre.

Hôpital Saint-Antoine. — M. le Dr Prengrueber a commencé à l'hôpital Saint-Antoine, le jeudi 20 août 1885, des leçons de clinique chirurgicale, à dix heures précises du matin, et les continuent les jeudis suivants à la même heure.

L'assemblée générale annuelle de l'Association des dentistes anglais s'est tenue les 27, 28 et 29 août, à Cambridge.

Dentistiana. — Docteur, on prétend que nettoyer les dents, cela les déchausse !

— Mon dieu, madame, est-ce que vous faites cette réflexion quand il s'agit de vos pieds.

(L'Art dentaire.)

AVIS

—

L'Aide-Mémoire du Chirurgien-Dentiste est en vente chez les fournisseurs pour Dentistes.

Pour la vente en gros, s'adresser à M. Paul Dubois, 104, rue Saint-Lazare, ou à M. Lecrosnier, éditeur, place de l'Ecole-de-Médecine.

Prix cartonné : 5 fr.

Le prix des frais de recouvrement est à la charge des souscripteurs.

Traductions d'allemand et d'espagnol. — *Rédaction* de mémoires scientifiques ou industriels. — Prise de *Brevets d'invention* en France et à l'Etranger.

Ecrire à M. O. FRION, aux soins de M. PAUL DUBOIS, au bureau du Journal.

PUBLICATIONS REÇUES

Le Progrès Dentaire.
L'Art Dentaire.
Revue Odontologique.
Revue Odontologique de Bruxelles.
Dental Cosmos.
Dental Register.
Dental Advertiser.
Dental Office and Laboratory.
Independant-Practitioner.
El Progresso Dental Habana.
Le Concours Médical.
Dental Record.
Petit Moniteur de la Médecine.
Journal des applications électriques.
Correspondenz Blatt.
Centralblatfür Zahnheilkunde.
Deustche Vierteljahresschrift.
Vierteljahresschrift für.Zahneikunde
Die Zahntechnische Reform.
L'Union Médicale.
Le Progrès Médical.
Journal d'Hygiène.
Revue de Thérapeutique.
Hygiène pour tous.
Messager odontologique (russe).
Shandinavish Tisskrift for Tandlaeger.

PRIX DES INSERTIONS

Pour un numéro,	Page	25 fr.
—	Demi-page	15
—	Quart de page	8
Pour l'année entière,	Page	250
—	Demi-page	130
—	Quart de page	70
Offres et demandes,	pendant trois mois	5
—	Dentistes à façon, l'année entière	10

VOL. 5. **Paris, Octobre 1885.** Nº 10.

L'ODONTOLOGIE

TABLE DES MATIÈRES POUR OCTOBRE 1885

Le vendredi soir 30 Octobre 1885, aura lieu à 8 h. 1/2, dans la salle des Fêtes, à la mairie du IXe arrondissement, l'inauguration de la sixième année scolaire de l'Ecole Dentaire de Paris, sous la présidence de M. Brouardel, professeur à la Faculté de Médecine de Paris, membre de l'Académie de Médecine, président du Conseil d'hygiène.

L'ODONTOLOGIE DANS L'ANTIQUITÉ

Par le Dr L. THOMAS (1)

(Suite.)

§ III

Les odontographes latins. — Scribonius Largus et Celse. — Chirurgie dentaire de Celse. — L'armamentarium du dentiste romain. — Pline et l'odontologie magique. — La décadence. Cœlius Aurelianus et Cassius Félix.

A Rome, au siècle d'Auguste, l'avulsion était une opération courante ; il existe encore aujourd'hui chez nous un proverbe qui constituait l'indication fondamentale de la den-

(1) *L'Odontologie*, septembre 1885.

40

tisteric opératoire au dernier siècle : le meilleur remède contre le mal de dents est l'huile d'acier.

Vers l'an 30 de notre ère, on pensait à peu près de même : « Il y en a, disait Scribonius Largus, qui prétendent que la pince est le seul médicament de l'odontalgie. » Même dans un manuel sommaire comme le Traité de la composition des médicaments, il eût été difficile de ramener toute la thérapeutique à ce précepte. Scribonius l'a senti. « Je sais, dit-il, qu'en dehors de cette nécessité, beaucoup de choses peuvent être utiles. Lorsqu'une partie d'une dent est gâtée, je conseille de la ruginer avec l'excavateur (1); l'opération n'est pas douloureuse, et la portion restante pourra rendre les mêmes services que la totalité. » Si la douleur persiste, on aura recours aux collutoires, aux substances qu'on fait mâcher, aux fumigations, aux dentifrices ; inutile de dire que les préparations recommandées par l'auteur sont toutes des mélanges dont nous n'entrevoyons pas l'utilité.

Celse revient à plusieurs reprises sur les dents ; il reproduit d'abord ce que l'on trouve partout : l'anatomie d'Aristote ; les procédés grecs pour calmer l'odontalgie ; en revanche, la troisième partie est vraiment originale. Ce mot, appliqué à un compilateur qui n'exerça pas la médecine, peut paraître bizarre. Peu importe ; ceux qui, à toutes les époques, se sont inspirés exclusivement d'autrui, n'ont ni la même sûreté de procédés, ni la même précision dans les idées. Celse ne dédaigne pas les empiriques, il nous apprend même qu'un de ses médicaments est emprunté aux gens de la campagne. On ne saurait trouver de tableau plus fidèle de la pathologie et de la thérapeutique dentaire de son temps que le chapitre qu'il leur a consacré.

« Certaines affections de la bouche réclament une intervention manuelle ; en première ligne vient la mobilité des dents, survenant soit à cause de la faiblesse de leurs racines, soit par suite d'une maladie des gencives qui se dessèchent. Il faut dans les deux cas porter le fer rouge sur elles, mais en les touchant légèrement sans appuyer. Quand elles sont enflammés on les enduit de miel, ou bien on les fait laver avec un collutoire à l'oxycrat. Lorsque des ulcères francs commencent à se former, on les saupoudre de médicaments secs et répressifs. Si la dent provoque des douleurs, on l'enlève ; les médicaments ne servent plus à rien. Il faut d'abord la déchausser de telle façon que la gencive ne lui adhère plus, puis on l'ébranle jusqu'à ce qu'elle soit mobile ; car il y a péril à arracher une dent adhérente, on luxe parfois la mâchoire. Le danger est encore plus grand pour les dents supérieures, parce que l'on peut blesser les tempes ou les yeux. On extrait la dent à la main, si c'est possible ; dans le cas con-

(1) C'est ainsi que nous traduirons l'expression *scalprum medicinale.*

traire, avec la pince. Lorsqu'elle est cariée, on obture l'orifice avec de la charpie ou du plomb convenablement placé, de manière qu'elle ne soit pas brisée. La pince droite doit être dirigée de telle façon qu'elle ne fracture pas dans une partie ou dans une autre l'os mince auquel la dent adhère par ses racines parfois infléchies.

Ce n'est point là un danger illusoire : il arrive souvent que des dents très courtes ont les racines les plus longues. Souvent aussi la pince, quand elle n'a pu saisir la dent ou l'a mal saisie, prend l'alvéole et la brise. Lorsqu'il coule immédiatement beaucoup de sang, on doit penser à une fracture de l'os. Dans ce cas, on explore avec le stylet l'esquille restant dans la profondeur, puis on l'attire avec une petite pince. Si l'on ne procède pas immédiatement ainsi, la mâchoire s'indure en totalité et il devient impossible d'ouvrir la bouche. On met alors un cataplasme chaud de farine et de figues jusqu'à ce que la suppuration s'établisse et l'on fait une incision sur la gencive ; une suppuration abondante est également un symptôme de fracture. Il faut enlever le séquestre; parfois une fistule survient à la suite d'une lésion de l'os, dans ce cas, on fait le grattage. Il faut gratter la partie noire de toute dent cariée, et enduire la surface de rose pilée, à laquelle on a ajouté le quart de noix de galle et de myrrhe ; puis on gardera quelque temps du vin pur dans la bouche fermée ; ensuite on se couvrira la tête, on se promènera, on fera des frictions sur la tête, on évitera de prendre des aliments âcres. Si les dents ont été ébranlées à la suite d'un coup où de quelque autre accident, on les fixera à l'aide d'un fil d'or à celles qui sont adhérentes, on gardera dans la bouche fermée des médicaments répressifs comme du vin, auquel est ajoutée une décoction d'écorce de grenadier, de la noix de galle cuite et brûlante. Quand chez les enfants, une dent veut sortir avant que l'autre soit tombée, il faut déchausser et arracher celle-ci, celle qui se développe a sa place sera poussée chaque jour avec le doigt jusqu'à ce qu'elle ait sa grandeur normale. Toutes les fois qu'on laisse une racine dans l'extraction on l'enlèvera immédiatement avec la pince que les Grecs appellent ῥιζάγρα (1). »

Il ne faudrait pas croire que l'avulsion ait paru à Celse le dernier mot de la science; qu'il ait dédaigné de parti pris tous les procédés, rationnels ou non, auxquels avaient recours les malades avant de se remettre résignés aux mains de Casellius; il a pour combattre l'odontalgie les cataplasmes chauds, les collutoires, l'infusion vineuse de racine de quinquefeuille, de jusquiame, de mandragore, l'écorce de racine de peuplier, etc.; on fera des fomentations autour de la dent à l'aide d'un stylet enveloppé de laine imbibée d'huile chaude.

---

(1) *Medicinæ* lib. VII, ex-recens., Leon. Tardac, Edinburgh, Machlachlan et Stewart, 1831, p. 355 et suiv.

On n'enlèvera pas les dents gâtées, sauf dans le cas d'absolue nécessité. Lorsque la douleur oblige à les détruire, on placera dans l'orifice de la carie un grain de poivre ou une feuille de lierre pulvérisée; la dent se fend et tombe vite en fragments. Après avoir énuméré ces recettes et beaucoup d'autres, l'auteur ajoute : « Voilà les méthodes acceptées par les médecins; il y en a une autre qu'emploient les gens de la campagne : ils arrachent un pied de menthe avec ses racines, le mettent dans un bassin et versent de l'eau dessus; le malade, bien couvert de ses habits, s'assied auprès; ensuite on jette dans le vase une pierre brûlante, de telle sorte que le patient puisse respirer la vapeur qui se dégage ; une sudation énergique s'ensuit, et une pituite abondante coule par la bouche. »

Terminons, pour passer complètement en revue la chirurgie orale de Celse, par la traduction du passage qu'il consacre à la fracture des mâchoires :

« Tout os droit est fendu comme du bois dans sa longueur; il se casse transversalement ou obliquement, de telle sorte que les fragments sont parfois mousses, parfois aigus; c'est le pis qui puisse arriver, parce qu'il n'est pas facile de réduire ce que l'on ne peut appuyer sur rien de solide, et puis ils peuvent blesser un nerf ou un muscle; il y a souvent plusieurs fragments. Dans d'autres os, un fragment s'écarte en totalité d'un autre. Mais à la mâchoire ils adhèrent entre eux en quelque point. Il faut, en premier lieu, en pressant avec deux doigts, et par la bouche et par l'extérieur, remettre ces fragments en place.

Ensuite, si la fracture est transverse, — et dans ce cas une dent dépasse sa voisine, — lorsque la réduction a été faite, on liera ensemble deux dents voisines ou, à défaut d'elles, les dernières dents seront attachées avec des fils de soie. C'est superflu dans certains genres de fracture; il faut faire alors autre chose; on met une compresse en double, humectée dans du vin et de l'huile dans laquelle on a mis, au préalable, de la farine et de l'encens brûlé; ensuite on prend une bande rigide ou souple, fendue au milieu de sa longueur, embrassant le menton et dont les deux chefs écartés sont noués de chaque côté de la tête. »

Celse n'ajoute rien, hormis le conseil de se contenter longtemps d'une alimentation liquide.

Si sa chirurgie dentaire proprement dite est supérieure à celle des Grecs, en revanche, Hippocrate connaissait beaucoup mieux que lui les fractures de la mâchoire, et la minutie des détails qu'il donne sur l'appareil de contention permet de croire qu'il attachait également plus d'importance à leur traitement.

Nous avons vu notre auteur employer quatre instruments :

1° Le cautère actuel, dans l'ébranlement consécutif à l'atrophie des gencives ;

2° Le stylet (specillum), pour l'exploration ;

3° Le forceps ordinaire et le rhizagre, pour l'extraction;
4° Une pince plus petite, la volsella ou vulsella, pour l'enlèvement des esquilles.

Il est difficile de savoir aujourd'hui qu'elle était leur forme exacte; on peut seulement raisonner par analogie, d'après les renseignements fournis par l'histoire et l'archéologie.

Le cautère employé dans la circonstance était un simple stylet rougi; la pince fut d'un usage courant dans toutes les affections des os; il suffisait d'une modification de volume pour qu'elle passât aux mains du dentiste. Elle porta le nom de dentiducum, traduction littérale du terme grec ὀδοτάγρα, employé par Cœlius Aurelianus. En langage courant on disait quelquefois dentifrangibulum (brise-dents).

Le grammairien Julius Pollux, qui vivait sous Marc-Aurèle, mentionne ce mot parmi les dérivés de *Dens*; il ne dit rien de dentiducum (1); cette variante de l'idiôme vulgaire n'a aucune importance; le forceps de Celse fut bien l'instrument qu'on appela plus tard odontagogue, dentiducum, dentagra ou dentarpaga (voy. fig. 1). Il en a un autre très

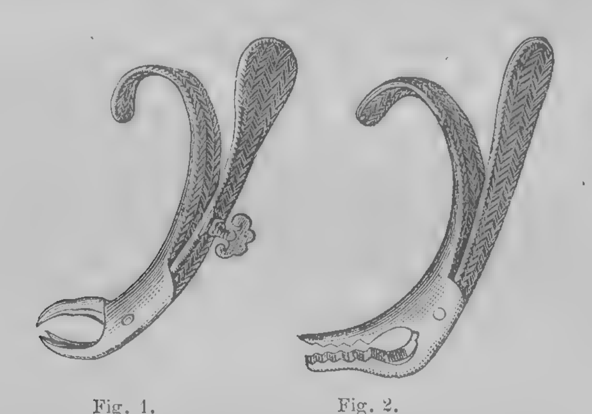


Fig. 1. Fig. 2.
Fig. 1. — Odontagogue, forceps dentaire commun des Anciens, d'après Scultet.
Fig. 2. — Rhizagre antique, pince à racines, d'après Scultet.

différent; le premier devait présenter des mors larges, pour exercer une pression énergique sur la couronne, puisque l'auteur craint de la briser et fait une obturation préalable si elle présente une cavité; il était impossible que le rhizagre n'eût point une autre forme, bien que la similitude étymologique des deux noms ὀδοτάγρα et ῥιζαγρα permette de supposer qu'il s'agissait d'instruments de même ordre. La plupart des écrivains du XVIIe siècle ont cru, avec Fabrice d'Ac-

(1) Nomina vero a dentibus derivata, ferrum dentatum quod serram significat....... et medicorum instrumenta, sunt dentifricium et dentifran gibulum. *Onomasticon*, Bâle, R. Winter, in-4°. 1541, p. 95.

quapendente, que le forceps ordinaire de Celse était un davier analogue comme mécanisme à celui dont se servaient alors les dentistes italiens et qu'on appelait Cagnolo (voy. fig. 1); le rhizagre aurait été le bec-de-corbin (voy. fig. 2).

On ne trouve rien de semblable dans la planche ajoutée par Milligan à son édition de Celse, et dans laquelle figurent plusieurs pinces, dont le dessin est emprunté à Almelowan (voy. fig. 3).

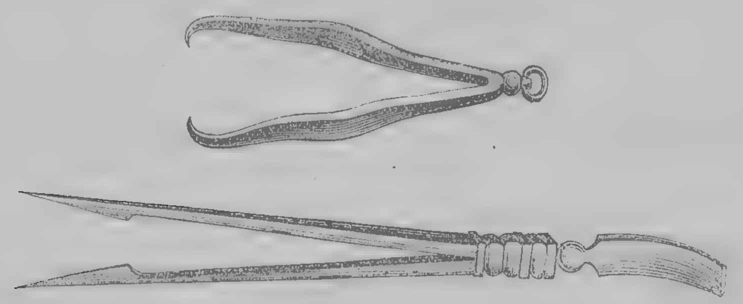


Fig. 3. — Volselles de Celse, d'après Milligan.

Le seul instrument qui permet de remplir les indications formulées par l'auteur latin est celui dont M. Dubois a emprunté la figure au dictionnaire de Rich.

Les volselles communes étaient petites et ne permettaient qu'un faible déploiement de force. Ces pinces constituent la variété la plus fréquente des collections de Pompeï et d'Herculanum (voy. fig. 5). Voici ce qu'en dit M. le Dr Neugebauer dans son travail si consciencieux et si complet sur la matière :

« Les leviers chirurgicaux décrits par Vulpes ne se trouvent dans la collection qu'à un petit nombre d'exemplaires.

Dans la première variété, la partie moyenne est constituée par un manche très gros, dont les extrémités s'allongent en corps amincis et ronds, terminés eux-mêmes par des palettes mousses pas trop larges, mais très solides. Ces palettes, aussitôt après leur sortie du manche, s'infléchissent en une double courbure, de telle sorte que l'instrument ressemble un peu à l'S latin. Chaque extrémité est dentelée du côté de sa concavité, et soignée dans la construction (voy. fig. 4).

Relativement à son usage, je suis de l'avis de Vulpes, qui croit que ce levier servait à extraire les séquestres des cavités anfractueuses. Il était déjà connu d'Héliodore, qui l'appelle ἀναβολεύς.

On trouve des pinces à un très grand nombre d'exemplaires au musée d'Hercunalum et Pompeï ; les Grecs les appelaient λαβίδες ou μυδία ; les Latins *volsellæ*. Il y en a au moins 150. La plupart sont en bronze, d'autres en fer ou en acier, probablement afin qu'elles fussent plus solides Leur

forme et leur volume sont variables; on les divise en deux classes, les larges et les étroites.

Les larges sont les plus courtes. Leur longueur varie de 6 à 9 cent. Elles sont formées d'une simple lame métallique (en bronze) courbée au milieu de telle sorte que la portion

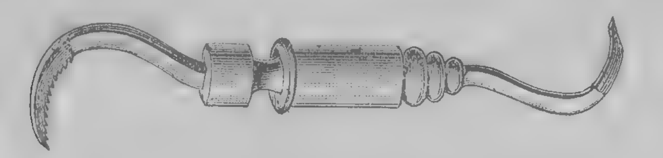


Fig. 4. — Levier chirurgical antique, d'après Neugebauer. Coll. d'Herculanum et de Pompeï.

incurvée fait partie d'une circonférence dont l'ouverture antérieure est de 2 à 4 millim.

Parfois, les deux palettes ou branches de la pince s'élargissent à angle agiu et leur extrémité libre droite est inclinée quelque peu vers l'autre. Leurs bords libres correspondent exactement et sont éloignés l'un de l'autre de 4, 6 millim. ou davantage.

La largeur de la partie de la lame incurvée en cercle est de 4 à 12 millim.

Les deux branches s'élargissent à chaque fois d'arrière en avant, soit brusquement, soit lentement, soit suivant une progression constante; soit brusquement, puis lentement, de manière toutefois que leurs extrémités soient très fortes.

Parfois chaque branche a la forme d'un triangle plus ou moins allongé, dont le côté le plus long est tantôt rectiligne, tantôt curviligne et concave. Enfin, elles ont exceptionnellement une forme telle, que les bords des deux branches sont parallèles et que les extrémités s'écartent; ou bien encore l'une des branches est droite, tandis que l'autre s'infléchit en dehors à sa partie antérieure. Outre cela, il existe à l'extrémité antérieure, des changements qui modifient relativement l'aspect général de la branche. Dans quelques exemplaires elle est infléchie à angle droit; dans d'autres, à angle plus ou moins obtus.

Les bords sont parallèles, jamais très tranchants, droits, parfois courbes.

Les pinces étroites sont plus longues que les premières, elles ont 10, 15, 17 centimètres ou plus. La plus grande partie consistent en une lame métallique cintrée, mais toutes ne sont pas nécessairement en bronze; il y en a en acier et même en fer. La partie antérieure de chacune des deux branches de l'instrument s'écarte de l'autre d'après la courbure de la partie moyenne, moindre que dans les pinces larges.

Dans quelques exemplaires seulement, les deux branches

sont unies en totalité sur une étendue d'environ 2 centimètres. Les lames de métal qui constituent les branches sont, dans quelques cas rares, également grosses sur toute la longueur des instruments. La plupart d'entre elles sont amincies au voisinage de l'extrémité postérieure; elles grossissent plus loin et s'amincissent de nouveau brusquement, lorsqu'on approche de l'extrémité antérieure ; ce dernier changement indique qu'elles diffèrent de nos pinces modernes. Leurs extrémités antérieures sont plus ou moins inclinées l'une vers l'autre et se correspondent, leur largeur moyenne varie entre 3

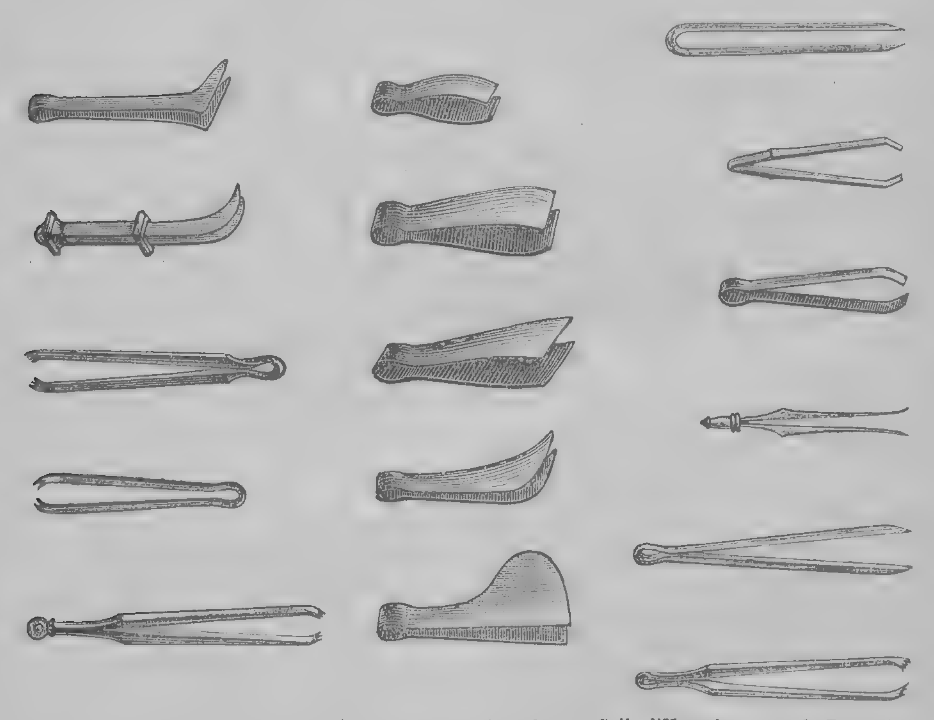


Fig. 5. — Volselles de différentes formes, d'après Neugebauer. Coll. d'Herculanum et de Pompeï.

et 8 millim. Quelques-unes présentent des dents plus ou moins fines ou aiguës, placées le plus souvent en ligne droite et de la même manière des deux côtés. Le nombre de ces dents varie de deux à six (1) ».

Il nous paraît inutile d'insister sur le premier instrument dont des archéologues hardis pourraient faire l'ancêtre pompéien du pied-de-biche actuel (voy. fig. 5). Pas un texte ne

(1) O narzedziach starozytnych chirurgicznych i Gynijatrycznych odnalezionych w ruinach miast Rrzymskich Pompeij e Herkulaneum. Varsovie, imp. Kowalevski, 1882, p. 121 et suiv.

permet de supposer qu'on ait jamais songé à un levier de ce genre pour les dents; en revanche, plusieurs vulselles étaient appropriés à l'extraction des esquilles alvéolaires.

Il se produisit à propos de cet instrument quelque chose d'analogue à ce qui est arrivé de notre temps pour la pince à ligature. Il y a 25 ans, ce nom était appliqué par tout le monde à la pince à verrou, parce qu'on l'employait à peu près seule pour saisir les vaisseaux sur lesquels on voulait placer un fil.

L'introduction en chirurgie de la pince hémostatique à anneaux a changé les choses; il est probable que les variétés de pince à ligature données dans les ouvrages qui paraîtront au milieu du siècle prochain ne ressembleront guère à celle que nous avons vues dans ceux du nôtre.

Dans Paul d'Egine, la volselle a des usages plus nombreux que dans Celse; les petits instruments en bronze et en acier de Pompeï auraient rendu peu de services pour l'extraction des corps étrangers, en particulier des flèches ou des fers de javeline.

Au mot volsella, Castelli renvoie à *Acanthobolos*. Si l'idée de Scultet relativement à l'Acanthobolos de Paul est exacte, cet instrument était un dérivé des volselles peut-être, mais il y plutôt lieu de croire qu'il était de même ordre que le forceps dentaire dont nous avons parlé en premier lieu (voy. fig. 6).

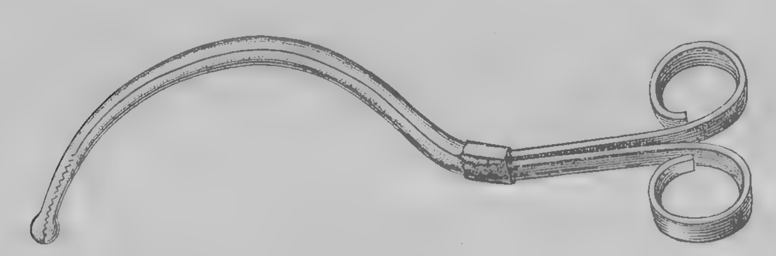


Fig. 6. — Acanthobolos de Paul d'Egine, d'après Scultet.

D'autres auteurs ont mentionné des objets qui devaient entrer dans les trousses du praticien : Scribonius Largus parle d'un excavateur ou cure-dents médical; un autre, indiqué par Galien et Cœlius était un véritable déchaussoir; on ne le connaissait que par son nom grec de περιχαρακτῆρα; enfin, un dernier appareil servait, dans le cas de douleur violente, à faire des injections médicamenteuses dans la narine du côté malade : c'était le *rhinenchyton*.

De Celse à Pline, la route parcourue est considérable, mais elle ne se dirige pas vers le progrès. Le premier est précis; sans doute il n'atteint pas l'idéal de la méthode scientifique; son déterminisme ne l'empêche pas de donner, de loin en

loin, des procédés dont on conçoit difficilement l'utilité. Pline est un conteur sans critique ; pour lui, tous les phénomènes observés du côté du système dentaire se réduisent à un seul, la douleur ; il recommande, pour la calmer, de mâcher de la verveine, de la racine de jusquiame, du plantin, etc. (1). Il croit aux médications tirées du règne animal :

« La cendre de corne de cerf raffermit les dents et calme les douleurs qu'elles causent, soit en frictions, soit en collutoire. Quelques-uns regardent la poudre de corne non brûlée comme plus efficace pour les mêmes usages. On fait des dentifrices de deux façons. La cendre de la tête de loup est un grand remède ; et il est certain qu'il se trouve presque toujours dans ses excréments des os qui, en amulette, ont la même efficacité. On instille dans l'oreille de la frésure de lièvre contre la douleur de dents. La cendre de la tête du lièvre est un dentifrice ; avec addition de marc, elle dissipe la mauvaise odeur de la bouche ; quelques-uns aiment mieux y mêler de la cendre de tête de souris. On trouve également dans le lièvre un os pointu comme une aiguille ; on conseille dans le mal de dents de faire des scarifications avec cet os. L'os de l'astragale du bœuf raffermit les dents ébranlées et douloureuses dont on l'approche. La cendre de ce même os, avec de la myrrhe, est un dentifrice. Les os de pieds de cochon brûlés ont le même effet ; de même ceux qui s'emboîtent dans la cavité cotyloïde. On sait qu'introduits dans le gosier des bêtes de somme, ils guérissent les vers des dents, et que brûlés ils raffermissent les dents. Les dents ébranlées par un coup sont raffermies par le lait d'ânesse ou par la cendre des dents du même animal, ainsi que par la poudre des lichens du cheval injectée dans l'oreille avec de l'huile. Par là, j'entends non l'hippomane, substance malfaisante que j'omets, mais des durillons qui se forment au genou du cheval et au-dessous du sabot. De plus, dans le cœur du cheval, on trouve un os semblable aux plus grandes dents canines. On prétend qu'une dent malade dont on scarifie la gencive avec cet os ou avec une dent tirée de la mâchoire d'un cheval mort, et de l'ordre de celle qui fait mal, cesse aussitôt d'être douloureuse (3). »

Il faut avouer que Pline n'était guère autorisé à accuser, comme il le fait plus loin, les magiciens de fraude ; dès l'instant où les Romains croyaient à de pareilles choses, on pouvait être certain qu'il se trouverait des gens disposés à tirer parti de cette naïveté. Plus on persécute les sorciers, plus on maudit leur imposture, mieux vont leurs affaires ; ce n'est ni

(1) *Lexicon medicum*, Genève, Fr. de Tournes, 1746.

(2) Œuvres, trad. Littré, liv. XXV, 105, l. II, p. 192.

(3) L. XXVIII, 49, p. 279-80.

par la prison, ni par les bûchers qu'on les supprime, c'est par le scepticisme.

On se demande, après avoir vu quelques-unes des légendes de Pline, s'il faut réserver le titre méprisant d'auteurs de la décadence aux écrivains qui, comme Cœlius et Felix, n'ont accordé aucune créance aux fantaisies magiques.

Le premier a, sur les affections dentaires, un bon chapitre; c'est un compilateur, mais un compilateur ayant un critérium doctrinal. Il emprunte à Celse, à Galien, l'adversaire implacable de sa secte; souvent il a des réflexions personnelles qui ne sont point sans valeur.

« Les douleurs intéressent tantôt toutes les dents, tantôt quelques-unes, tantôt une seule; il peut arriver que les gencives se tuméfient avec les dents voisines, de même que la face, et que certaines parties soient le siège d'une douleur térébrante. Souvent les dents et les gencives se putréfient, par suite de la corruption des os sous-jacents (1). »

Au début de la douleur, les meilleurs procédés sont : l'abstinence, le repos, les collutoires astringents; plus tard, la saignée, les ventouses sur les joues, les scarifications des gencives, les fumigations narcotiques. Les indications de l'enlèvement sont mieux discutées que dans Celse : « Il y en a qui disent qu'il faut arracher toute dent douloureuse; l'ablation est la perte d'un organe et non sa guérison. De même que nous traitons certaines parties tuméfiées sans songer à les enlever, de même nous devons traiter les dents. Si l'une d'elles est cariée, on essaye de la guérir, puis on l'enlève..... Comment faut-il enlever les dents cariées et mobiles qu'on ne peut conserver? nous l'avons enseigné dans notre livre des Réponses médicales. » Il est fâcheux, à tout point de vue, que nous ne l'ayons plus. Inutile de citer autrement que pour mémoire le chapitre de Cassius Félix, relatif aux dents; c'est un abrégé latin des recettes de Galien (2).

(La fin au prochain numéro.)

---

(1) *Loc. cit.*

(2) *De medicina*, éd. Valentine Rose, Leipsiæ, A. Teubner, 1879, p. 63.

KYSTES PÉRIOSTIQUES ET ABCÈS DENTAIRES

LEURS ANALOGIES ET LEURS DIFFÉRENCES, par le Dr TH. DAVID

I

Il n'est guère de praticien qui n'ait été frappé de l'aspect singulier de ces petits sacs purulents appendus à l'extrémité des racines de dents extraites à la suite d'inflammations plus ou moins aiguës et d'assez longue durée. Mais son étonnement a dû bien augmenter lorsque, cherchant dans les auteurs la véritable nature de ces petits sacs, il a constaté la confusion qui existe partout à cet égard.

Cette confusion se retrouve même dans l'excellent article : *Maxillaire*, que M. le professeur Guyon a écrit dans le *Dictionnaire encyclopédique*, et M. Magitot, malgré tous ses efforts, n'a pu réussir à la dissiper entièrement. L'opinion de ces deux savants maîtres ayant été reproduite dans les travaux qui ont été publiés en France depuis cette époque, nous croyons utile de la résumer tout d'abord.

M. Guyon donne, du mode de formation de l'ABCÈS ALVÉOLAIRE, la description suivante :

« Le périoste alvéolo-dentaire se détache de la dent et s'épaissit. Le décollement commence ordinairement vers l'extrémité de la racine et remonte plus ou moins haut, souvent jusqu'au collet de la dent. Dans l'intervalle laissé libre entre la racine et la membrane qui la revêtait, il se fait une exsudation d'abord plastique; à ce moment, la résolution est possible. Le plus souvent, la suppuration s'établit; le pus est alors contenu dans un véritable petit sac fibreux qui n'est autre que le périoste décollé; si l'abcès ne s'ouvre pas au dehors, il peut arriver, lorsqu'on arrache la dent malade, que l'on entraîne avec elle un petit kyste purulent appendu à son extrémité. Lorsque la dent a plusieurs racines, une seule d'entre elles peut être atteinte; ou bien l'inflammation se limite au début autour de chaque racine; le sac purulent présente alors plusieurs loges, séparées par les cloisons osseuses des alvéoles (p. 328). »

Plus loin, p. 417, M. Guyon dit que l'origine des KYSTES ALVÉOLO-DENTAIRES OU KYSTES DES RACINES, est la même que celle des abcès.

« Dans les deux cas, dit-il, la lésion primitive est la même. » Mais en lisant le reste de sa description, on voit qu'elle se confond intimement avec celle des abcès alvéolaires, non-seulement à son origine, mais jusqu'à la fin.

« L'inflammation lente du périoste détermine son décollement de la surface de la racine; il se forme alors une cavité

dont la paroi externe est constituée par le périoste décollé et épaissi, véritable membrane kystique. Tantôt le décollement s'étend à toute la périphérie de la racine qui plonge alors dans la cavité du kyste; tantôt il est borné à un point de la circonférence de la dent; le kyste est alors latéral. »

Dans les deux cas, la paroi osseuse se creuse d'une cavité proportionnée au volume de la tumeur.

Pour l'ABCÈS, « l'os se résorbe au niveau du périoste enflammé, permettant ainsi la dilatation de la poche purulente. Ces deux lésions marchent de pair : ce n'est d'abord qu'une petite cavité du volume d'un pois environ, creusée dans le maxillaire; mais l'amincissement augmente à mesure que le pus s'accumule dans l'alvéole, jusqu'au moment où, en un point, l'os est perforé et donne passage à la matière purulente. »

Pour le KYSTE, « tantôt il reste tout entier contenu dans l'alvéole, logé dans une petite dépression de la paroi ; tantôt, se dilatant progressivement, il finit par former, dans l'épaisseur de l'arcade alvéolaire ou dans la voûte palatine, une véritable tumeur accessible à la vue et au toucher. Dans d'autres cas, comme dans l'ostéo-périostite alvéolaire, la résorption de l'os, qui accompagne la production du pus dans l'alvéole, peut aller jusqu'à la perforation complète de la paroi osseuse, et le pus fuse alors sur l'une des faces du maxillaire. »

Même confusion pour le contenu du kyste et de l'abcès.

Dans l'ABCÈS, « le contenu est purulent au début; puis la poche se vide, et alors la cavité se comble ordinairement. Mais il peut se faire aussi qu'après une première évacuation du pus, les parois de l'abcès ne sécrètent plus que de la sérosité; le sac purulent se transforme en un véritable petit kyste, qui pourra persister en cet état, même après l'extraction de la dent. »

Dans le KYSTE, « le contenu peut être primitivement séreux, ou bien le kyste, d'abord purulent, s'est transformé plus tard en kyste séreux. On rencontre souvent un état intermédiaire entre ces deux variétés; la sérosité est plus ou moins purulente, quelquefois teintée de sang (p. 417.) »

D'autre part, M. Magitot distingue soigneusement des kystes « les abcès ou collections diverses de nature inflammatoire, tels que, par exemple, les épanchements séro-sanguinolents ou purulents qui se produisent parfois au-dessous du périoste des maxillaires, consécutivement à des altérations dentaires profondes. (*Kystes des mâchoires*, 1873, p. 81). »

La confusion, au point de vue du contenu des kystes et des abcès, est aussi complète que possible, puisque ce contenu est, dans les uns comme dans les autres, tantôt séreux, tantôt sanguinolent, tantôt purulent.

Le seul point qui permettrait de distinguer les deux lésions l'une de l'autre serait l'état de la racine, qui est toujours plus

ou moins altérée dans les abcès, tandis que dans la plupart des kystes elle ne présente aucune lésion appréciable. Cependant cette distinction est encore plus apparente que réelle, puisque M. Guyon admet que la cause prochaine des formations kystiques est une inflammation chronique du périoste alvéolo-dentaire. Et d'ailleurs, M. Magitot dit très nettement « qu'un kyste n'a été affirmé périostique que, si la poche ayant été ouverte, il a été possible de reconnaître, plongeant dans le liquide, la racine dénudée de son périoste. »

En résumé, pour les auteurs qui ont parlé de ces affections, *même début* pour les abcès et les kystes : traumatisme de la dent, inflammation du périoste alvéolo-dentaire ou de la pulpe; *mêmes lésions* : poche se développant aux dépens de l'os et contenant un liquide tantôt séreux, tantôt séro-sanguinolent, séro-purulent ou purulent ; *marche* et *terminaison* à peu près semblables.

Nous croyons que cette confusion n'existerait pas, si on eût observé plus attentivement les divers phénomènes qui se passent depuis le début jusqu'à la fin de chacune de ces affections, et si on eût analysé plus minutieusement ces phénomènes. C'est ce que nous allons essayer d'esquisser ici, en signalant les nombreuses différences qui nous paraissent exister entre les deux affections.

II

A. ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — 1° Le KYSTE présente, à le considérer comme tous les kystes, une paroi et un contenu.

La PAROI, formée d'éléments cellulaires, périostiques ou autres, augmente peu à peu de grosseur par l'hypergénèse de ses éléments. La face interne de cette poche présente des *cellules épithéliales* pavimenteuses, formant une ou plusieurs couches, et même des bourgeons ayant l'apparence de villosités baignant dans le liquide. La paroi externe, en rapport avec le tissu osseux, y est adhérente lorsque des phénomènes inflammatoires y ont eu lieu, mais le plus souvent elle n'y adhère pas ; c'est pourquoi le kyste fixé à la racine d'une dent vient avec celle-ci lorsqu'on en pratique l'extraction.

Le CONTENU du kyste est séreux lorsque l'inflammation ne s'en est pas encore emparée ; il devient purulent si la racine dont il dépend subit une poussée de périostite ou s'il est ouvert. Plus tard, cependant, quand toute inflammation a cessé, le liquide pourrait redevenir séreux, de purulent qu'il était (Broca). La poche kystique est presque toujours en rapport

avec une racine dentaire malade (exostose, résorption, rugosités) dont l'extrémité plonge dans le kyste, celui-ci s'insérant en quelque sorte sur son pourtour.

2° Dans l'ABCÈS dont la cause est presque toujours une périostite alvéolo-dentaire, aiguë d'emblée ou redevenue aiguë après être restée un certain temps à l'état chronique, il n'y a pas ou presque pas de lésion radiculaire; la lésion principale est dans la paroi alvéolaire, enflammée à sa face interne, puis à sa face externe, et enfin nécrosée entre les deux, au point traversé par le pus. Mais il n'y a pas de poche; les fongosités périostales que l'on rencontre quelquefois au sommet radiculaire n'en constituent pas une. Au lieu de séjourner, le pus se crée en peu de temps une issue à travers l'alvéole. Il n'y a donc *pas de revêtement épithélial* à la face interne comme dans le kyste.

Le *petit sac*, qu'on ramène dans une extraction et fixé au sommet d'une racine, *est donc toujours un kyste*, et pas autre chose.

Les recherches récentes de M. Malassez, sur le périoste alvéolo-dentaire, confirment encore cette manière de voir. M. Malassez a, en effet, démontré que le prétendu périoste n'existe pas à l'état de membrane, ainsi qu'il est décrit par tous les auteurs. Il n'y a d'interposé entre l'os et la dent que des faisceaux de tissus fibreux allant perpendiculairement de l'un à l'autre, et prenant une insertion solide sur toute l'étendue des deux surfaces, excepté au fond de l'alvéole, à l'entrée du faisceau vasculo-nerveux. Par leur direction, ces faisceaux constituent une sorte de ligament suspenseur et ont pour effet d'immobiliser la dent. Ils mettent ainsi à l'abri de toute compression, non seulement le cordon, mais encore les vaisseaux et nerfs qui se rendent de l'alvéole au cément, à travers les interstices laissés entre leurs fibres. Sans cette disposition, nous ne pourrions pas manger; car il n'y a pas, en physiologie, de membrane supportant une pression égale à celle qui serait transmise au périoste dentaire pendant la mastication, si la dent n'était pas solidement immobilisée.

Une conséquence pathologique résulte de la direction de ces faisceaux et de leurs interstices cellulaires: c'est que le pus ne peut détacher les insertions ligamenteuses pour suivre les lois de la pesanteur et, en fusant le long de la racine, venir sourdre au collet. Telle est l'explication, non encore émise, de ce fait que le pus, au lieu de suivre cette marche *a priori* toute tracée, se fraye presque toujours une issue par une voie détournée traversant et l'alvéole, et le périoste osseux, et la gencive ou la peau. Les insertions du ligament périostal résistent, non seulement à la fusée du pus, mais encore à la force expansive des kystes, puisque ces derniers refoulent et usent le tissu osseux dans leur développement, plutôt que de se vider le long de la racine.

B. Étiologie. — Les causes des KYSTES sont peu connues, elles sont rarement directes, c'est-à-dire que ce sont rarement des lésions traumatiques ou des affections aiguës portant sur les dents qui leur donnent naissance. Ce sont plutôt des lésions chroniques de la pulpe et de l'extrémité de la racine, agissant d'une manière lente et continue, et en tous cas peu appréciables.

Les ABCÈS, au contraire, ont des causes directes non douteuses. Toute lésion capable de produire la périostite alvéolo-dentaire, traumatisme, pulpite aiguë, obturation avant le dessèchement complet d'une cavité de carie pénétrante, etc., amènent rapidement une fluxion et un abcès.

C. Marche. — D'après ce que nous venons de dire, on comprend que la marche soit très différente dans les deux cas : lente, subaïgue, indolente dans les kystes; rapide, au contraire, plus ou moins aiguë et très douloureuse dans les abcès.

C'est par mois et même par années qu'on peut évaluer la durée du développement des kystes; les abcès, au contraire, se forment en 12, 24, 36 heures au plus.

Les kystes peuvent cependant devenir douloureux; c'est lorsqu'ils sont envahis par l'inflammation qui peut, d'ailleurs, se calmer, au lieu d'aboutir à un abcès et laisser le kyste revenir à son état primitif. On rencontre fréquemment ces alternatives de calme et de retour des douleurs.

D. Terminaison. — Comme l'ont très bien indiqué MM. Guyon et Magitot, le KYSTE s'est développé en repoussant peu à peu devant lui la paroi osseuse. Arrivé à un certain volume, il finit toujours par s'ouvrir, et voici de quelle manière. Le kyste s'enflamme, devient purulent et se termine comme un abcès; mais souvent l'os, altéré par ce voisinage, est lui-même atteint d'inflammation et se détruit sur un point de la paroi du kyste, auquel il procure ainsi une ouverture.

Dans l'ABCÈS alvéolaire, au contraire, l'inflammation se propage directement et rapidement de la racine à l'alvéole, et même à l'extérieur de celle-ci. Cette propagation se fait par l'intermédiaire du tissu cellulaire contenu, comme l'a démontré M. Malassez, entre les faisceaux fibreux composant le ligament radiculo-alvéolaire et rejoignant le long des canaux de Havers les espaces médullaires sous-périostiques de la face externe de l'alvéole. Le pus est libre, n'est pas contenu dans une poche. C'est pour cette raison qu'au lieu de repousser le tissu osseux il le traverse, et qu'en suivant les espaces cellulaires indiqués, il arrive rapidement à l'extérieur du maxillaire.

E. Guérison. — Lorsque les abcès nés de l'inflammation du KYSTE sont ouverts au dehors, tout n'est pas fini; ou bien le contenu du kyste s'évacue par cette voie, ou bien ou

va à sa recherche par une opération; mais ce n'est qu'après l'élimination de sa paroi et de la portion nécrosée de l'os et au prix d'une longue suppuration, de fistules intarissables spontanément, et l'extraction ou la résection de la partie altérée de la racine, qu'on finit par obtenir la guérison.

Au contraire, la guérison de l'ABCÈS alvéolaire est en général la règle et ne se fait guère attendre. Abandonné à lui-même, il donne lieu à une fluxion, suivant la région où il siège, puis se fait jour à travers l'alvéole sur la gencive ou sur la joue. Enfin, en l'absence de lésion persistante de la racine ou de l'alvéole, ce qui est ordinairement le cas, sauf dans les abcès à répétition qui accompagnent les caries anciennes, les périostites chroniques, les ostéites alvéolaires causées même par les kystes, la guérison est complète en quelques jours.

La confusion que les auteurs ont faite entre les abcès et les kystes périostiques, et la différence capitale qui existe dans la terminaison des deux affections ont été cause que les uns croyant toujours avoir affaire à des abcès ont dit que leur guérison était rare, tandis que les autres, séparant les abcès des kystes, soutenaient que la guérison des abcès était chose commune. Mais, comme nous l'avons fait voir, les kystes sont beaucoup plus fréquents que les abcès.

Lorsqu'on se trouve en présence de phénomènes chroniques ou subaigus durant déjà depuis quelque temps, s'accompagnant parfois de crises douloureuses sans fluxion, siégeant au niveau d'une dent atteinte de carie pénétrante, on peut affirmer avec une certitude presque complète, l'existence d'un kyste.

Lorsque, au contraire, les phénomènes sont également continus, mais très aigus, durant depuis quelques heures, quelques jours, avec fluxion plus ou moins marquée, il faut songer à un abcès et rechercher le pus afin d'abréger les souffrance et la maladie, et de diminuer, sinon prévenir la gravité des lésions osseuses ultérieures.

RECHERCHES STATISTIQUES SUR LES AFFECTIONS DU SYSTÈME DENTAIRE

Par M. Paul Dubois.

La carie dentaire est inégalement répartie selon les groupements géographiques, selon les dents elles-mêmes. Rechercher les proportions de ces différences et essayer d'éclairer, par l'étude des faits accumulés, l'étiologie encore discutée de cette affection : tel est notre but.

Certains facteurs en présence : la race, le milieu, l'alimentation, les maladies, le sexe, le côté, la mâchoire, l'âge, etc., peuvent être mieux déterminés, comme importance et mode d'action, par l'observation en catégories méthodiques d'un grand nombre de cas.

Les services que la statistique peut rendre en cette matière ont été mis à profit par deux de nos éminents confrères, MM. Tomes et Magitot, et à une époque déjà loin de nous, ils lui ont demandé les ense ignements qui s'en déduisent.

A un point de vue plus général, des savants et des médecins ont aussi traité accessoirement cette question en s'appuyant sur des chiffres ; nous citerons notamment MM. Boudin, Bordier, Chervin, Devot, Duché, Ely, Lagneau, Lapreau, Richard, Sistach, Vincent.

Nous avons pensé faire œuvre utile en faisant à nouveau cette enquête, puisque le temps et les événements nous permettaient de l'établir sur des bases plus larges, sur des faits plus nombreux que ceux que nos devanciers avaient à leur disposition.

Les compte-rendus sur le recrutement de l'armée consignent le nombre de jeunes gens de vingt ans ayant, soit des malformations, soit des maladies les rendant inaptes au service militaire, et cette précieuse collection de documents sur l'état physique de la nation française, sur la nature et la fréquence de nombre d'affections dont sont affligés ces jeunes hommes, à été mise largement à contribution pour connaître, non-seulement le nombre des édentés, mais encore pour rechercher quelles sont, parmi les autres affections, celles qui s'associent à la carie dentaire et pour lesquelles on peut invoquer une cause commune.

L'influence des états généraux morbides sur l'appareil dentaire s'en trouvera, pensons-nous, mieux connue.

Si la solution du problème étiologique qui nous préoccupe est un peu élucidée par la connaissance des régions où la perte des dents s'observe fréquemment, il n'est pas moins nécessaire de savoir quelles sont celles qui sont les plus souvent frappées, à quel âge elles le sont de préférence, etc.

On réunirait difficilement les éléments d'un tel travail dans la pratique privée, et il aurait été étayé sur des bases plus étroites sans l'événement considérable qui a révolutionné la pratique de l'art dentaire en France, et qui est l'honneur de la génération actuelle : la création de l'Ecole Dentaire de Paris. Une clinique où annuellement plus de dix mille malades passent au fauteuil de consultation, est une mine inépuisable pour la science des affections qui s'y traitent.

L'avenir en tirera plus de matériaux que les registres des premières années ont pu nous en fournir. Ils s'ajouteront à ceux qui sont réunis ici. Les bases étant les mêmes, on pourra comparer avec profit les résultats successifs. Puisse cet essai prouver aux nôtres l'importance du registre d'observations,

les exciter à grouper les faits d'ensemble que l'examen buccal leur décèle; à faire que d'ici quelques années on puisse établir un travail général sur les dents des individus de races françaises, sur les conditions hygiéniques, sur le milieu, sur les antécédents congénitaux et pathologiques qui déterminent leur « cœfficient de résistance », selon l'heureuse expression du Dr Galippe.

Si nous avons été assez heureux pour établir quelques données positives sur une matière où elles font trop souvent défaut, notre tâche n'aura pas été sans fruits.

Les conclusions déduites de cet amoncellement de faits peuvent être rejetées, si on juge que nous n'avons pas su en dégager l'interprétation juste. Cela est secondaire pour la science. L'observation renferme parfois une plus grande part de vérité que n'en aperçoit l'observateur; il importe avant tout qu'elle soit exacte; il change et passe, elle reste.

DISTRIBUTION GÉNÉRALE DES ÉDENTÉS EN FRANCE

I

Comme nous l'avons déjà dit, les compte-rendus sur le recrutement de l'armée, pendant ces trente-cinq dernières années, nous ont fournis les éléments de la première partie de ce travail.

Les conditions de recrutement n'ont pas toujours été les mêmes pendant la période 1849-1884, et les lois de 1832, de 1868, de 1872, l'ont tour à tour régi; les modifications de l'armement, les instructions ministérielles successives ont aussi changé les règles de conduite des officiers de santé et des conseils de révision dans l'appréciation des cas d'exemption.

Afin qu'on puisse juger de ces différences, nous reproduisons les documents essentiels ayant rapport aux catégories d'exemptés dont il est parlé plus loin.

La loi de 1872 a apporté des modifications importantes au recrutement en établissant le service militaire pour tous les citoyens, en faisant passer tous les inscrits devant les conseils de révision, en établissant le recrutement régional, dont les nouvelles divisions militaires forment, depuis 1873, le cadre des tableaux statistiques, au lieu du département qui avait servi jusqu'à cette date, enfin, en établissant le service auxiliaire. Voici les passages qui nous concernent:

LOI DU 27 JUILLET 1872

Article 16. — Sont exemptés du service militaire les jeunes gens que leurs infirmités rendent impropres à tout service actif ou auxiliaire dans l'armée.

Article 18. — Peuvent être ajournés deux années de suite, à un nouvel examen, les jeunes gens qui, au moment de la réunion du Conseil de révision, n'ont pas la taille de 1 mètre 54 ou sont reconnus d'une complexion trop faible pour un service armé. Après l'examen définitif, ils sont classés, et ceux de ces jeunes gens reconnus propres soit au service armé, soit à un service auxiliaire, sont soumis, selon la catégorie dans laquelle ils sont placés, à toutes les obligations de la classe à laquelle ils appartiennent.

L'instruction ministérielle du 2 avril 1862 nous apprend comment, à cette époque, où le déchirement de la cartouche donnait aux dents une utilité toute militaire, on décidait de l'exemption, quelles étaient les dents reconnues indispensables pour cette tâche.

L'instruction du 27 février 1877, que nous reproduisons ensuite, ne fait plus mention de la nécessité absolue des canines et des incisives et ne parle que du rôle physiologique des dents. On les comparera.

INSTRUCTION DE 1862

INDICATIONS FORMELLES D'EXEMPTION (1)

202. — Les dents, outre le rôle physiologique qu'elles remplissent dans la mastication et la parole, ont encore chez les militaires, dans l'état actuel de l'armement, un usage tout spécial : celui de servir à déchirer la cartouche ; il y a impossibilité d'être soldat pour tout individu chez lequel elles ne peuvent suffisamment concourir à l'une de ces fonctions. Ainsi, en admettant un cas d'intégrité parfaite des autres dents et des gencives, l'appelé aurait droit à l'exemption dans les conditions suivantes : *1° perte ou carie des quatre incisives de la même mâchoire ; 2° perte ou carie des deux canines de chaque mâchoire, c'est-à-dire quatre canines ; 3° perte ou de plusieurs dents canines ou incisives à l'une et à l'autre mâchoire (5 au moins). Dans les cas où cette intégrité des autres dents n'existerait pas, l'exemption devrait, à plus forte raison, être proposée.*

En effet, le soldat, exposé à tant de vicissitudes, doit être apte à mâcher, à broyer toute sorte d'aliments et notamment le biscuit. S'il est privé de quelques dents molaires, il faut que les autres soient saines, ainsi que les gencives qui les supportent ; les conditions contraires l'exposent à des irritations fréquentes, à des gonflements reproduits sous l'influence des causes les plus légères. Il n'y a donc nul doute, quand le mauvais état des dents est accompagné du ramollissement, de l'ulcération chronique, de l'engorgement bleuâtre et sanguinolent, et que la constitution est faible, détériorée; mais si

(1) Instructions pour servir de guide aux officiers de santé dans l'appréciation des infirmités ou des maladies qui rendent impropres au service militaire. Extr. du *Journal militaire officiel*, 1er sem., 1862, nº 12, p. 240.

les dents, d'ailleurs saines, ne sont que malpropres et recouvertes de tartre, si surtout la constitution générale est bonne, le sujet est capable de servir. D'un autre côté, la perte d'un grand nombre de dents, hormis les canines, mais sans altération grave des gencives, permet encore, pour les hommes sous les drapeaux, de rendre des services dans certaines positions sédentaires, et ne motiverait pas la réforme.

Absences congénitales des dents

203. — L'absence congénitale d'un certain nombre de dents n'est point un cas d'exemption si toutes les dents existantes sont bien rangées.

L'absence des dents peut être la suite d'une manœuvre coupable, mais on ne saurait, médicalement parlant, en fournir aucune preuve certaine. Il y a probabilité en faveur du réclamant quand les dents qui lui restent sont en mauvais état, quand les gencives sont ulcérées, fongueuses, etc.; mais ce serait à tort que, de l'état contraire, on tirerait une conclusion opposée. L'affleurement des racines des dents au niveau du bord des alvéoles ne serait pas non plus, comme on l'a dit, une preuve de délit, car certaines caries ou des accidents peuvent avoir produit cet état, et l'on sait que plusieurs praticiens ont adopté, sous le nom de découronnement, un mode d'extraction qui a pour but et pour effet de laisser la racine en place.

On peut, d'un autre côté, chercher à dissimuler la perte des dents par la substitution de pièces artificielles. La prothèse dentaire a fait de tels progrès, depuis quelques années, qu'il faut souvent un examen attentif de la bouche en général, et des dents en particulier, pour découvrir la fraude. Dans aucune circonstance, cet examen ne saurait être négligé.

Anomalies des dents

204. — Les anomalies des dents sont à considérer, surtout à cause de l'influence qu'elles exercent sur la production des maladies des os maxillaires, affections sur lesquelles on n'a point à revenir.

Dents surnuméraires

205. — Les dents surnuméraires peuvent ne causer aucune gêne; mais elles peuvent aussi former une saillie incommode et difforme et réclamer l'exemption.

Déviation

206. — La déviation des dents ne saurait être considérée, sinon dans des cas tout exceptionnels, comme incompatibles avec le service militaire.

Fistules dentaires

207. — Les fistules dentaires guérissant par l'avulsion de la dent malade, ne constituent que rarement des cas d'inaptitude au service militaire.

L'instruction du 27 février 1877 étant la plus récente, nous avons jugé utile de reproduire tout ce qui concerne la bouche, les os maxillaires, les lèvres et les dents.

MALADIES DE LA BOUCHE

Maladies des lèvres

Les lèvres peuvent être le siège d'affections diverses, qui sont incompatibles avec le service militaire, telles sont :

Bec-de-lièvre

165. — Le bec-de-lièvre congénital ou accidentel, à moins qu'il ne soit peu étendu et qu'il n'altère pas sensiblement la physionomie.

Cicatrices

166. — Les difformités résultant de cicatrices vicieuses ou d'adhérences qui rétrécissent d'une manière notable l'orifice buccal ou gênent les mouvements des lèvres.

Hypertrophie

167. — L'hypertrophie de la lèvre supérieure, par suite d'engorgement chronique du tissu cellulaire et des glandes, qui s'observe chez les sujets scrofuleux, lorsqu'elle constitue une difformité notable et une gêne pour la prononciation. Elle se distingue facilement de la tuméfaction qui provient d'une inflammation passagère, pour laquelle il n'y a pas lieu de prononcer l'exemption, et de l'inflammation qui est quelquefois provoquée; elle diffère également du développement trop considérable de la muqueuse, qui forme un bourrelet volumineux et repousse la lèvre en dehors, difformité rarement assez grande pour exiger l'exemption.

Tumeurs

168. — Les tumeurs érectiles et les tumeurs épithéliales, fréquentes dans cette région.

De ces diverses lésions ou difformités, celles qui peuvent être modifiées ou guéries par une opération ou par un traitement approprié ne donnent lieu à la réforme qu'après tentatives de guérison.

Il a été déjà parlé de la mentagre. (Voir *Maladies des tissus.*)

Paralysie de l'orbiculaire

169. — La paralysie de l'orbiculaire des lèvres est presque toujours concomitante de la paralysie faciale et concourt à la déformation de la face en même temps qu'elle apporte de la gêne dans la prononciation et dans la préhension des aliments. Elle doit donc être prise en consi-

dération pour l'exemption de service si elle est ancienne et ne paraît pas susceptible de guérison. (Voir *Paralysie faciale.*)

Il est une autre paralysie labiale qui se lie à la paralysie musculaire progressive de la langue et du voile du palais ; cette affection, beaucoup plus grave, à terminaison funeste, entraîne l'exemption et la réforme.

MALADIES DES GENCIVES ET DE LA MUQUEUSE BUCCALE

Stomatites

170. — La stomatite ulcéreuse, la stomatite gangréneuse et la stomatite chronique avec décollement, gonflement et état fongueux des gencives motivent l'exemption, lorsqu'elles résultent d'un état scorbutique ou d'une altération profonde de l'organisme, ou si, les dents étant déchaussées et les gencives atrophiées ou détruites par l'ulcération, la guérison doit être longue à obtenir. Dans ces conditions, la réforme devient quelquefois nécessaire.

Les simulateurs produisent assez aisément le gonflement et l'ulcération des gencives et de la muqueuse buccale, mais ils imitent plus difficilement l'état fongueux, qui se distingue à une grande mollesse des tissus, à leur teinte bleuâtre ou violacée et à leur tendance à saigner au moindre attouchement. Les ulcérations consécutives à l'usage des mercuriaux ne sont pas des causes d'exemption et se reconnaissent à la salivation abondante, à l'odeur et à l'acuité des symptômes qui les accompagnent.

Epulis

171. — L'épulis motive l'exemption si elle envahit de grandes surfaces ; susceptible de guérison à l'aide de moyens chirurgicaux, elle exige rarement la réforme.

MALADIES DES DENTS

Dents mauvaises

172. — Le nouveau système de charger les armes à feu portatives ne nécessite plus, comme autrefois, l'intégrité des incisives et des canines ; cependant, un militaire a besoin d'avoir de bonnes dents pour mâcher ses aliments qui parfois, comme le biscuit, sont durs à broyer. *Un mauvais état des dents est donc incompatible avec le service militaire.* L'exemption doit être prononcée toutes les fois que la mastication est difficile et incomplète par suite de la perte ou de l'altération d'un certain nombre de dents, surtout si ce mauvais état des dents s'accompagne de ramollissement, d'ulcération et d'état fongueux des gencives, ou si la constitution du sujet est faible et détériorée. La réforme sera prononcée dans les mêmes conditions.

L'absence de dents peut être le résultat d'une manœuvre coupable ; on ne peut cependant l'affirmer, lors même que les dents restantes sont saines et que la constitution est bonne. Toutefois, il est permis, en pareil cas, de se montrer plus rigoureux pour prononcer l'exemption.

Dents surnuméraires

173. — Les dents surnuméraires ou déviées ne peuvent que très rarement entraîner l'exemption.

Fistules dentaires

174. — Les fistules dentaires qui s'ouvrent à la face sont généralement guéries par l'avulsion de la dent malade et ne constituent pas une cause d'inaptitude au service militaire.

Fétidité de l'haleine

175. — La fétidité de l'haleine, qu'elle dépende du mauvais état des dents ou d'une autre cause, doit déterminer l'exemption, lorsqu'elle est tellement prononcée qu'elle peut être insupportable pour les autres personnes. Il faut auparavant s'assurer si elle ne tient pas à la malpropreté de la bouche ou à une supercherie.

AFFECTIONS DES GLANDES SALIVAIRES

L'appareil salivaire est sujet à des altérations diverses :

Grenouillette

180. — La grenouillette, qui est une des plus fréquentes, cause une gêne plus ou moins grande de la langue; lorsqu'elle a acquis un certain développement elle exige l'exemption, mais ne nécessite pas la réforme.

Tumeurs

181. — Les engorgements chroniques des salivaires (parotides, sous-maxillaires et sublinguales), augmentées notablement de volume, leur envahissement par le cancer, rendent impropre au service militaire.

Fistules salivaires

182. — Les fistules salivaires, qui ont leur siège à la face, motivent l'exemption, mais non la réforme.

Hypertrophie des amygdales

183. — L'hypertrophie des amygdales n'est une cause d'exemption que dans le cas où elle est assez considérable pour gêner la respiration et la déglutition. Elle n'entraîne pas la réforme, l'excision des amygdales étant une opération généralement simple.

(A suivre).

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

CONGRÈS DE GRENOBLE 1885

I. *Discours de M. Verneuil.* — II. *Les anesthésiques en physiologie générale.* — III. *La méthode d'anesthésie par les mélanges titrés.* — IV. *Electricité.* — V. *Influence de la direction des courants en électrothérapie.* — VI. *Calcul de l'amygdale.* — VII. *Divers.* — VIII. *Les maladies dites de dentition,* — IX. *De l'érosion dentaire dans la scrofule.* — X. *La maladie de Fauchard.*

Il n'y a pas, dans les congrès de l'Association française comme dans les congrès consacrés exclusivement aux sciences médicales, de section particulière pour l'*odontologie.* Aussi avons-nous entendu peu de communications sur l'art dentaire proprement dit. Néanmoins, un certain nombre de membres ont, à des titres divers, effleuré ce sujet ; c'est pourquoi nous donnerons ici un court résumé de leurs travaux.

I

Mais, tout d'abord, nous devons rendre hommage à M. le professeur Verneuil qui, en sa qualité de président du congrès, a prononcé un discours qui doit trouver un écho dans tous les organes de la presse médicale.

L'éminent chirurgien a retracé, dans un langage plein d'esprit et de gaîté, mais très élevé par le fond, le tableau de la chirurgie française en 1885. Ce discours, qui a obtenu un très grand et très légitime succès, touche à tous les points de la science médicale, aux questions de doctrine, aussi bien qu'à celles de pratique, dont il signale les abus pour rappeler aux confrères leurs devoirs.

Il est bon que de temps à autre, par ce temps d'existence à la vapeur, de positivisme exagéré, d'*appétits sans bornes*, une voix autorisée et dont l'honnêteté professionnelle soit sans tache, comme celle de M. Verneuil, rappelle les membres de notre profession à une sage et plus saine appréciation de notre art.

L'École dentaire de Paris, qui compte avec fierté M. Verneuil parmi ses présidents d'honneur, s'est entièrement associée aux félicitations qui ont dû lui être adressées de toutes parts.

Nous nous bornerons à citer quelques passages de ce discours, que nous recommandons à nos confrères de lire en entier et de méditer.

Signalons, pour commencer, le passage dans lequel M. Verneuil regrette la division de la médecine en deux classes : la médecine interne et la chirurgie, et les nombreuses subdivisions de chacune d'elles en branches dites *spécialités*. Ceux d'entre nous qui déplorent également la séparation de l'art dentaire de la médecine générale trouveront un argument puissant dans les paroles de notre excellent maître.

Rappelons encore que si M. Verneuil a condamné l'abus de certains procédés opératoires à la mode, suivant les époques, il n'en a pas rejeté l'usage. En prêchant l'emploi des moyens pharmaceutiques avant d'avoir recours aux ressources de la chirurgie, il n'a fait que recommander une pratique tellement logique que la grande majorité des chirurgiens la suivent; mais il savait bien aussi que tous n'agissent pas ainsi.

« ... Je ne m'arrêterai pas, dit-il, à discuter la fréquence plus ou moins grande des opérations. Tant qu'elles seront nécessaires, leur nombre ne prouvera rien ni pour ni contre leur légitimité. Un praticien très répandu opère beaucoup parce que beaucoup de malades ayant besoin d'être opérés viennent à lui. Un jour de grande bataille, le chirurgien militaire le plus conservateur abat cinquante membres et en abattrait cent si ses forces et son temps le lui permettaient. Lorsque, aux siècles passés, la saignée était fort en honneur, les barbiers en vogue saignaient du matin au soir, parce que les médecins ne daignaient pas ouvrir la veine.

« La question n'est pas de savoir si nous opérons *souvent*; mais bien si nous opérons *trop souvent*. Car la quantité par elle-même ne constitue pas l'excès et, si l'on condamne l'abus, personne ne songe à proscrire l'usage.

« S'il fallait des preuves péremptoires de l'abus, je rappellerais simplement que, dans un grand pays comme le nôtre, avec nos 37 millions d'habitants, on compte au plus, maintenant, par année, une demi-douzaine de transfusions et une douzaine de trépanations; qu'on laisse désormais tranquilles en tous pays les muscles rachidiens chez les bossus et linguaux chez les bègues; qu'en Angleterre, où l'on a tant réséqué, on ne résèque presque plus; que tel chirurgien étranger, fort enthousiaste d'une résection qu'il proclamait excellente, au point de la pratiquer par douzaines, la déclare aujourd'hui contestable ; que les oculistes, qui naguère ne croyaient pas au succès de la cataracte sans iridectomie, s'accordent

presque tous maintenant à respecter l'iris ; que le fameux raclage perd tous les jours du terrain et sera relégué, d'ici à deux ou trois ans, dans le musée des antiques, tout comme le pointillage de la peau avec le fer rouge.

« Si le temps me le permettait, je mettrais sous vos yeux toutes les reculades des matamores du bistouri. Vous verriez que, après avoir pendant quelques temps opéré à tort et à travers, ces grands sécateurs, s'apercevant de la médiocrité des résultats obtenus, finissent par s'arrêter ; c'est par là qu'ils auraient dû commencer. »

Mais voici la contre-partie, à l'adresse des clients.

« Le vulgaire se trompe étrangement quand il nous croit plus intéressés à opérer qu'à guérir. Certes, au point vue matériel, nous paraissons souvent lésés, lorsque l'heure de la rémunération étant venue, on nous offre généralement quatre fois moins pour avoir conservé laborieusement un membre que pour l'avoir lestement retranché. Mais, en revanche, de quelle autorité jouit, de quel prestige est entouré le chirurgien qui ne recommande jamais de sacrifices inutiles, et auquel l'événement donne raison dans ses pronostics favorables !

. . . .

Voici encore un autre argument du procès que les gens du monde intentent aux chirurgiens. Ils nous reprochent de ne pas être sincères, de promettre ce que nous ne pouvons pas tenir. Ces accusations malheureuses ne sont pas sans base. Je suis tout le premier à reconnaître qu'on ne peut pas dire aux patients eux-mêmes toute la vérité, qu'il faut les tromper dans une certaine mesure, et que le mensonge, haïssable en général, devient œuvre pie quand il console et endort la douleur morale ; je relève vivement les sots indiscrets : le mari, qui devant sa femme, ou le fils, qui devant sa mère, me demandent si l'opération que je conseille est dangereuse, et si l'on en peut mourir. J'agis de même vis-à-vis de ceux qui exigent qu'on leur garantisse le succès ; mais je trouve toujours moyen que mes déclarations au malade ou à ses proches renferment assez de vérité pour que l'issue finale, quelle qu'elle soit, ne puisse compromettre en aucune sorte ma probité, ma considération, ni surtout la dignité de l'art.

. . . .

« Mais il me paraît qu'en ce temps de prophylaxie universelle, on devrait songer un peu à garantir les simples et les crédules contre l'obséquiosité de l'un, la sensiblerie de l'autre, la solennité de celui-ci et les hâbleries de celui-là. Fournir à un public confiant des chirurgiens honnêtes, tel est le but que je poursuivrais de grand cœur.

« Le présent discours pourrait être, à la rigueur, intitulé : *Confession d'un chirurgien du siècle.* Mais comme je ne me mets pas en cause et ne me couvre pas personnellement d'iniquités, on m'accusera sans doute de faire œuvre sacrilège, de compromettre les collègues et les confrères, de justifier les

accusations et les médisances du public, de céder enfin à la malsaine manie du jour, qui court sans vergogne après les révélations indiscrètes et les scandales retentissants.

« Il n'y a rien de tout cela dans la présente allocution. Mon esprit n'est point imprégné d'amertume ; je déteste le bruit et la réclame; je n'ai jamais calomnié personne, et je n'ai jamais écrit ni diatribe ni réquisitoire ; seulement j'aime beaucoup la vérité et n'ai point peur de la dire. Depuis bien longtemps, parodiant un vers fameux de Voltaire, je répétais sans cesse : *La chirurgie n'est pas ce qu'un vain peuple pense.* J'ajoutais aussi : *La chirurgie n'est pas ce que la font les chirurgiens eux-mêmes.* C'est simplement ce que j'ai désiré développer devant vous.

« Aux gens du monde j'ai voulu dire qu'ils avaient tort de considérer la chirurgie comme une spécialité étroite, comme une sorte de métier de précision, un art si l'on veut, qu'on pourrait ranger, à part le but plus relevé, à côté de l'ébénisterie et de l'horlogerie ; qu'ils avaient tort aussi de demander aux chirurgiens l'infaillibilité professionnelle qu'on exige des ingénieurs, des constructeurs de machines et des entrepreneurs de travaux publics.

« Mais, d'autre part, j'ai voulu faire entendre aux chirurgiens quelques avertissements utiles. C'est pourquoi je leur dis ici, où ils sont en minorité, mais avec l'espoir que mes paroles se répandront : Si vous voulez être décidément classés parmi les vrais savants et non point assimilés seulement aux grands et utiles ouvriers, faites bon marché de votre habileté manuelle, quelque peine que vous ayez eue à l'acquérir et quelque soin que vous preniez encore pour la conserver et l'accroître.

« Tirez peu de vanité de vos succès opératoires, vous rappelant qu'ils sont parfois bien éphémères, et poursuivez surtout les succès thérapeutiques, c'est-à-dire la guérison définitive au vrai sens du mot?

« Refusez les titres et qualités de spécialistes avec les avantages matériels y adhérents ; rentrez modestement dans le giron commun de la médecine générale ; soyez avant tout des pathologistes sans cesse préoccupés d'étendre vos connaissances en étiologie et en pathologie ; cherchez sans relâche à vous perfectionner dans le diagnostic et le pronostic, et restez convaincus que le maximum des guérisons reviendra par surcroît aux plus instruits et aux plus sages d'entre vous.

« Naturellement, vous poursuivrez toujours la cure de vos malades, but suprême de la médecine, mais vous apporterez le plus grand soin au choix des moyens à mettre en usage. Plus fiers d'être rangés parmi les thérapeutes que parmi les opérateurs, vous n'armerez votre main qu'à la dernière extrémité, après avoir loyalement essayé les remèdes et utilisé en conscience toutes les forces disponibles de la nature médicatrice.

« Quand l'impuissance des agents pharmaceutiques ou hy-

giéniques sera avérée ; quand la nécessité de l'intervention sera démontrée, optez toujours, — ceci est un principe absolu, entendez-vous bien, — pour l'acte le moins dangereux.

« Je conviens que le choix est parfois malaisé, tant nous avons de ressources opératoires et tant sont grandes la variété et la complexité des cas cliniques.

« J'ai proposé, pour tirer d'embarras les jeunes praticiens, un critérium facile. Quand il leur faudra décider entre deux ou plusieurs opérations rivales, ils mettront au premier rang l'efficacité, au second la bénignité, au troisième la facilité.

« Et puis, il est un second critérium, plus utile encore et d'un emploi tout aussi simple, car quelques minutes suffisent pour poser l'équation et la résoudre, sans même qu'on possède une longue expérience, une érudition considérable. Il s'agit tout uniment d'appliquer le principe évangélique consistant à faire à autrui ce qu'on voudrait qui fût fait à soi ou à ses proches.

« Bien des fois, des parents que je sollicitais pour soumettre leur enfant à une opération indispensable, qui résistaient opiniâtrément et défendaient leur progéniture contre moi tout comme contre un ennemi, m'ont, à bout d'arguments, posé cette question suprême : — Que feriez-vous, docteur, s'il s'agissait de votre enfant ?

« La demande ne m'a jamais embarrassé, ou du moins depuis longtemps elle ne m'embarrasse plus, car il y a bien trente ans que je me l'adresse du matin au soir, en ville et à l'hôpital, chez l'indigent et chez le riche, c'est-à-dire chaque fois qu'il s'agit de décider entre l'action et l'abstention chirurgicales. Bien souvent j'ai invoqué l'argument sans y être sollicité et quand je voulais vaincre des scrupules exagérés. Après une telle déclaration, carte blanche m'étant généralement donnée, j'opère et soigne de mon mieux : l'issue est tantôt bonne, tantôt mauvaise ; j'ai tantôt de la joie, tantôt du chagrin, mais jamais de remords. Je compte au jour actuel, comme amis très sincères, des fils, des pères ou des maris dont j'ai opéré et perdu les parents, les enfants et les femmes. Car, remarquez-le bien, tout le monde devant mourir, on ne nous accuse pas de perdre ceux de nos malades qui sont insauvables, mais on exige que nous fassions tout ce qui est humainement possible.

« C'est encore en se demandant ce qu'on ferait ou ce qu'on laisserait faire à soi ou à ses proches qu'on arrive à prendre un parti dans des conjonctures fort délicates, où la conscience, l'humanité, le devoir, l'intérêt, que sais-je encore ? sont en jeu. Sur 100 opérations qu'on *peut pratiquer*, il en est 20 qu'on *doit imposer* tyranniquement, 20 qu'il *faut refuser* absolument et 60 en moyenne qu'on peut à la rigueur, et en se fondant sur des motifs plausibles, faire ou ne pas faire.

« Or, il arrive aux chirurgiens de pécher dans tous les sens.

Ceux-ci n'opèrent pas les cas trop mauvais pour ne pas compromettre leur renommée ou assombrir leur statistique.

« D'autres ne savent pas refuser une opération, tantôt par humanité et tantôt par pure complaisance ; je n'ai pas encore ouï dire que ce fût par complet désintéressement. Pourtant j'affirme que les occasions ne sont pas rares où le chirurgien doit très fermement se récuser.

« Lorsque je liquiderai ma situation morale dans la vallée de Josaphat, je compte porter à mon actif les nombreuses opérations que j'ai déconseillées comme inutiles ou dangereuses.

« En ce qui concerne les opérations dite de *complaisance*, on invoque un argument spécieux. L'homme est l'arbitre de sa destinée ; il expose chaque jour sa vie pour ses besoins, pour ses passions, pour ses plaisirs; une difformité physique l'obsède, il veut s'en débarrasser ; l'entreprise a des périls, il les accepte ; des accidents opératoires surviennent, il les subit et n'accuse que lui. Pourquoi lui refuser votre concours ? Pourquoi vous montrer plus royaliste que le roi ?

« La réplique est fort simple. X... est las de la vie ; il peut disposer de ses jours, la chose est évidente. Chargerez-vous son revolver ou lui administrerez-vous 10 centigrammes de strychnine ?

« Mais si je n'opère pas, direz-vous, mon voisin opèrera. Eh bien ! laissez-le faire et consolez-vous. Plus d'une fois, ayant refusé une opération, j'ai appris quelques jours plus tard qu'elle avait été faite et suivie d'une issue funeste. Le compère avait empoché les sesterces, mais j'avais gagné et je conservais l'estime. C'est peu, diront les positifs ; — c'est beaucoup, penseront ceux qui, assimilant la médecine aux choses les plus sacrées, répèteront avec notre grand poète :

L'art est saint. Dieu le fit afin que dans le monde
Tout ne se courbât pas devant la force et l'or.

« Je n'ai point l'intention, — le lieu serait d'ailleurs mal choisi, — d'éditer ici un code de moralité professionnelle, une sorte de bréviaire du *Chirurgien sans peur et sans reproche.* »

Relevons, en terminant, un reproche que certains écrivains ont adressé à M. Verneuil. On l'a accusé d'avoir parlé en son nom seul, d'avoir en quelque sorte réclamé pour lui seul le monopole de l'honnêteté professionnelle, aussi bien en France qu'à l'étranger.

Un pareil reproche ne saurait atteindre celui à qui il est adressé ; il tombe de lui-même auprès de ceux qui ont vu M. Verneuil à l'œuvre. Mais, d'ailleurs, il suffit de parcourir son discours pour voir que s'il s'est mis en scène, il parlait non-seulement en son nom, mais au nom de la chirurgie française, qu'il défendait contre les entraînements des chirurgiens d'Outre-Rhin et d'Outre-Manche. Dieu merci ! il est

encore en France un grand nombre de chirurgiens honnêtes, et nous savons pertinemment qu'aucun n'a songé à prendre pour lui les reproches adressés par notre éminent maître aux *matamores du bistouri.*

II

LES ANESTHÉSIQUES EN PHYSIOLOGIE GÉNÉRALE

M. Raphaël Dubois (de Paris) fait une communication d'une haute importance qui peut se résumer ainsi (1) : On ne sait que très peu de chose sur le mode d'action des poisons et par conséquent des médicaments dans l'intimité de nos tissus. La méthode employée en physiologie générale permet cependant de les diviser en deux grands groupes : les poisons généraux et les poisons spéciaux.

L'oxyde de carbone est un poison spécial, parce qu'il exerce son action sur une partie déterminée, chimiquement définie, d'un protoplasma que l'on rencontre chez les vertébrés presque exclusivement, sur l'hémoglobine du globule rouge ; c'est un poison spécial. Un poison général, au contraire, atteint tous les protoplasmas indistinctement, végétaux ou animaux.

Les poisons généraux sont nombreux, et l'on peut voir parfois s'exercer parallèlement, à l'action du poison général, une action spéciale. Un tel agent physiologique, étudié dans la série des êtres vivants, présente une *constante*, due à l'action du toxique général, et une *variable*, due à l'activité toxique spéciale. Il convient de donner le nom de *poisons mixtes* à cette troisième espèce de toxiques.

Les agents qui produisent avec le plus de netteté l'intoxication générale sont les liquides anesthésiques, l'éther, le chloroforme et d'autres liquides neutres similaires, l'alcool, la benzine, le sulfure de carbone, etc.

M. Dubois a démontré par un grand nombre d'expériences que les poisons généraux agissaient indistinctement sur tous les protoplasmas végétaux ou animaux, parce qu'ils s'adressaient plus particulièrement à un élément fondamental que l'on retrouve partout où la vie se manifeste : l'eau. Celle-ci joue le rôle le plus important dans les métamorphoses des colloïdes artificiels. Ces composés singuliers sont, comme les tissus vivants, dans un état d'instabilité constante. Ils tendent sans cesse à se séparer de l'eau, qui leur donne la propriété colloïdale, pour retourner à l'état plus stable de cristalloïdes. Il est aussi impossible d'immobiliser les molécules

(1) D'après la *Gazette des Hôpitaux.*

des hydrates colloïdaux, qu'il serait superflu de chercher à fixer indéfiniment dans un état statique déterminé les molécules constituantes du protoplasma biogénique.

Cette désagrégation moléculaire continue des hydrates colloïdaux est très facile à observer dans certains tissus, comme celui des méduses, par exemple, qui subissent hors de l'eau et au sein même de cet élément une véritable déliquescence, dès que les conditions favorables à leur activité vitale sont troublées.

Bien qu'elle soit moins prononcée, cette déshydratation des tissus peut s'observer dans des parties brusquement arrachées à des êtres vivants d'une organisation supérieure et enfermés dans des tubes scellés à l'abri des germes figurés.

On peut ainsi démontrer qu'en dehors de l'action des germes, les matières colloïdales qui forment la base de nos tissus peuvent éprouver des altérations profondes en raison d'une foule de causes physiques et chimiques susceptibles d'augmenter l'état d'instabilité des colloïdes.

Les vapeurs des liquides anesthésiques agissent principalement sur le seul fluide qui mérite le nom d'humeur, sur l'eau, qui entre pour les quatre cinquièmes dans la composition de nos tissus.

Ces liquides se substituent moléculairement à l'eau chassée des combinaisons qu'elle forme dans les protoplasmas vivants qui se comportent, sous plus d'un rapport, comme de véritables hydrates.

Cette déshydratation des tissus végétaux ou animaux a été rendue évidente par diverses expériences. Sous l'influence des vapeurs de liquides anesthésiques neutres, tels que le sulfure de carbone, la benzine, le chloroforme, l'éther, etc., l'eau des parenchymes peu vasculaires de certaines plantes, telles que les échévéria et toutes les crassulacées, s'échappe au dehors, chassée par ces agents qui, en se substituant à l'eau, altèrent profondément la constitution et le mode de fonctionnement des protoplasmas.

Ce qu'il y a de plus remarquable dans cette déshydratation, c'est qu'elle est d'autant plus rapide, d'autant plus intense, que le pouvoir anesthésique est plus considérable. L'action déshydratante est plus lente avec l'éther qu'avec le chloroforme ; il faut moins de chloroforme que d'éther pour chasser des tissus une quantité d'eau donnée.

C'est à ces déplacements de l'eau dans les protoplasmas par les vapeurs anesthésiques qu'il convient, d'après M. R. Dubois, d'attribuer les changements de position et la perte du mouvement que l'on observe chez les sensitives anesthésiées par les vapeurs de ces liquides neutres.

L'action déshydratante des vapeurs de liquides anesthésiques est si intimement liée à leur activité propre, que M. Dubois n'hésite pas à en faire la cause principale des effets qu'ils déterminent sur les êtres vivants. Cela étant posé, tout

agent susceptible de déterminer l'anesthésie devrait agir de la même façon, tous les anesthésiques devraient être des déshydratants du protoplasma. L'expérience, cependant, démontre le contraire. C'est ainsi que le mélange anesthésique, si remarquable dans ses effets, de protoxyde d'azote et d'oxygène, administré sous pression d'après la méthode de M. Paul Bert, n'a pas le pouvoir de déshydrater le protoplasma; d'où l'on peut conclure que le protoxyde d'azote agit par un mécanisme absolument différent de celui qui appartient au choroforme, à l'éther et à ses succédanés physiologiques, et qu'il doit être placé parmi les poisons spéciaux et non parmi les poisons généraux.

La physiologie générale indique ainsi la nécessité de procéder à des recherches nouvelles, en ce qui concerne l'action intime du protoxyde d'azote au sein des organismes vivants, et montre nettement que cette action porte seulement sur des parties constituantes que l'on ne rencontre pas chez les végétaux.

Cette savante exposition, qui révèle une connaissance intime des phénomènes biologiques, exprime en terminant un *desideratum* auxquels les dentistes sont particulièrement intéressés, celui d'avoir bientôt une étude précise du mode d'action du protoxyde d'azote. Nous ne doutons point que M. Dubois ne nous la donne prochainement. Peu de savants connaissent aujourd'hui, aussi bien que lui, les divers problèmes de l'anesthésie générale, tant au point de vue théorique que pratique,

Nous en avons une preuve dans cette autre communication. L'auteur y expose le procédé qu'il a lui-même découvert pour l'application des mélanges anesthésiques titrés de M. P. Bert.

III

LA MÉTHODE D'ANESTHÉSIE PAR LES MÉLANGES TITRÉS (1)

M. Raphaël Dubois fait connaître tout d'abord comment M. Paul Bert a été amené, par l'expérimentation sur des animaux, à imaginer la méthode des mélanges titrés, et comment cette méthode, appliquée chez l'homme, « si elle ne donne pas une sécurité absolue, offre du moins, sur les autres procédés, d'immenses avantages; » enfin, comment la machine à anesthésier de M. Dubois « répond à tous les *desiderata* exprimés. »

La mise en mouvement de cette machine se fait sans effort, au moyen d'une manivelle qui peut être confiée à la personne

(1) Les lecteurs de l'*Odontologie* ont été initiés à la méthode d'anesthésie par les mélanges titrés par les communications de notre rédacteur en chef, le Dr Aubeau, publiées dans les numéros d'août 1884, p. 242, et de février 1885, p. 55.

la moins exercée, si l'aide chargé de surveiller l'anesthésie ne prend pas ce soin lui-même.

Le titrage du mélange devant varier suivant les cas, la machine a été munie d'un certain nombre de godets, dont chacun porte un gros chiffre en relief indiquant le nombre de grammes de chloroforme qui sera mélangé à 100 litres d'air en employant ce godet.

Le manuel opératoire a lieu de la manière suivante :

1° Le godet n° 10 — il correspond à un mélange de 10 grammes de chloroforme et 100 litres d'air — étant posé et le malade placé dans la position la plus favorable pour que les mouvements respiratoires abdominaux et thoraciques s'effectuent avec la plus grande facilité, on applique le masque inhalateur d'une main, tandis que de l'autre on fait mouvoir la manivelle, que l'on peut, d'ailleurs, confier au premier assistant venu pour plus de commodité;

2° On continue l'inhalation du mélange à 10 p. 100 jusqu'à anesthésie confirmée;

3° Quand l'anesthésie est profonde, on donne le mélange à 8 p. 100 en substituant au godet portant le n° 10 celui qui porte le n° 8, et cela sans interrompre le jeu de la manivelle; on fait faire deux courses complètes au piston ;

4° Quand l'anesthésie devra être de longue durée, on l'entretiendra en remplaçant le godet n° 8 par le godet n° 6, qui ne donne que la quantité de chloroforme strictement nécessaire pour maintenir l'anesthésie;

5° On se trouve ainsi placé dans des conditions extrêmement favorables, puisque l'on peut obtenir une anesthésie continue et régulière avec une dose minima si faible qu'elle serait insuffisante pour provoquer d'emblée l'anesthésie complète.

IV

ÉLECTRICITÉ

M. Verdin et *M. Dagrève* ont présenté des appareils électriques, qui paraissent réaliser de sérieux progrès sur ceux employés jusqu'à ce jour.

V

INFLUENCE DE LA DIRECTION DES COURANTS EN ÉLECTROTHÉRAPIE

M. Onimus fait une communication sur ce sujet. Le travail de l'auteur peut se résumer dans les propositions suivantes :

1° L'influence des courants électriques varie dans les névralgies selon leur direction ;

2° Le courant descendant est celui dont l'action est le plus sédative ;

3° Les exceptions sont presque toujours dues à des appareils mal conditionnés ou à des erreurs de diagnostic.

VI

CALCUL DE L'AMYGDALE, par *M. Terrillon.*

M. le Dr Petit a présenté, au nom de M. le docteur Terrillon, un calcul de l'amygdale du volume d'une petite noisette, extrait chez un homme de cinquante ans, et ayant déterminé depuis deux ans des phénomènes inflammatoires tantôt aigus, tantôt subaigus, qui firent croire à l'existence d'un cancer de l'amygdale. Celle-ci était, en effet, dure, bosselée, hypertrophiée, violacée, douloureuse, et le diagnostic de cancer paraissait pleinement justifié. L'exploration de la tumeur avec le doigt fit sentir un corps dur, piquant, dont l'examen avec un stylet et un fort éclairage fit reconnaître la nature. Le calcul, comme enchatonné dans le tissu de l'amygdale hypertrophiée, fut extrait avec des pinces après qu'on eut débridé, par deux coups de ciseaux, les bords de l'espèce de loge qui le contenait. L'affection céda facilement ensuite à quelques gargarismes émollients et astringents. M. Terrillon rappelle des cas analogues signalés par Louis, Monro, Passaguay, etc.

VII

M. Demons avait annoncé une communication sur le traitement des fistules du canal de Stenon. Nous regrettons que le savant praticien n'ait pu nous la faire entendre.

Mêmes regrets à l'adresse de *M. Rivière*, qui n'est pas venu faire une communication annoncée sur la prothèse chirurgicale chez les anciens.

La prothèse faciale et surtout la prothèse buccale, qui est de toutes la plus ancienne, auraient eu leur part dans ce tableau.

Signalons encore une communication que nous n'avons malheureusement pas entendue, de *M. Chudzinski*, sur les muscles de la face.

La compétence du savant auteur, depuis longtemps rompu aux travaux minutieux de l'anatomie et de l'anthropologie, nous engage même à publier plus tard ce travail *in extenso.*

VIII

LES MALADIES DITES DE DENTITION, par le *Dr Chaumier.*

L'auteur, qui nous avait déjà communiqué l'année dernière, à Blois, une intéressante observation d'herpès buccal, fait un

tableau assez complet des accidents dits de dentition, pour lesquels il arrive aux mêmes conclusions que notre vénéré maître M. Magitot.

Il a examiné depuis sept ans avec le plus grand soin, et à ce point de vue, tous les jeunes enfants malades auprès desquels il était appelé. Il a recueilli en détail la plupart des observations et il s'est assuré que, contre l'opinion générale, les dents ne sont pour rien dans ce que l'on a coutume d'appeler les accidents de la première dentition.

Les auteurs, dit-il, divisent les maladies de dentition en maladies locales et en maladies générales.

1° *Maladies locales*. — Elles seraient dues à l'irritation directe de la dent nouvelle, à l'afflux de sang qui se produirait à son niveau ; elles consisteraient en inflammations diverses, ulcérations pseudo-membraneuses, aphthes, gonflement douloureux des gencives, etc.

Tout le monde connaît aujourd'hui la nature des productions pseudo-membraneuses, qui sont épidémiques. Les aphthes, ainsi que M. Chaumier a pu s'en assurer, reconnaissent également une cause générale. Il est très rare de voir un cas isolé d'aphthes dans un pays; souvent, plusieurs personnes en sont atteintes en même temps dans la même maison.

Quant au gonflement de la gencive, il n'est ni inflammatoire, ni douloureux. M. Chaumier n'a vu qu'une fois une gencive douloureuse, mais la dent était percée depuis longtemps ; la gencive était, sans trop savoir pourquoi, rouge et décollée ; l'enfant pleurait lorsqu'on mettait le doigt sur le point malade.

2° *Maladies générales*. — L'auteur se contente d'examiner les maladies que l'on attribue le plus souvent à la dentition.

a. *Diarrhée*. — Il est très difficile, en étudiant les auteurs français, de se faire une idée nette sur la diarrhée des enfants. Il y a deux espèces bien distinctes de diarrhée : la diarrhée ou l'athrepsie, qui résulte d'une nourriture insuffisante ou de mauvaise qualité, et la diarrhée épidémique, ce que les Anglais appelent la *diarrhée d'été*. C'est cette diarrhée épidémique, qui peut se développer toute l'année, mais qui sévit bien plus pendant la saison chaude, que l'on attribue le plus souvent aux dents : « Lorsqu'il pousse des dents aux enfants, disent les parents, ça leur change le corps. » Mais si l'on fait attention, on verra que le corps des petits voisins, qu'ils fassent des dents ou non, est également changé.

b. *Toux*. — Deux maladies produisent principalement la toux chez les enfants : la pneumonie, maladie épidémique, quelquefois difficile à diagnostiquer, surtout lorsqu'on n'a pas l'habitude des enfants, et la bronchite. Or, la bronchite, qu'on l'attribue à telle ou telle cause, est bien plus épidémique en-

core que la pneumonie. Lorsqu'il y a un rhume dans un pays, il y en a beaucoup. Et cependant, chaque, fois qu'un enfant tousse, les parents commencent par dire : « Ce sont les dents. » Mais si l'on cherche dans la maison, on trouve presque toujours un enrhumé, le père, la mère, un frère ou une sœur ; et si l'on dit à la mère : « Mais vous toussez aussi, ce sont probablement les dents », elle ne sera pas davantage persuadée, tant est ancré le préjugé.

c. Feux de dents. — On appelle feux de dents des éruptions cutanées, siégeant à la face, aux paupières ou sur le crâne. Ces éruptions sont ou bien des croûtes d'impétigo ou bien des vésicules non développées de la même affection. Et comme l'impétigo, ainsi que M. Chaumier l'a soutenu à Blois l'an dernier, est une manifestation d'une maladie épidémique, contagieuse, inoculable, on pourra se donner la satisfaction de chercher dans l'entourage de l'enfant celui qui l'a contagionné.

d. Fièvre. — La fièvre de dentition, tel est encore un des accidents décrits par les auteurs. Or, un enfant a la fièvre pour bien des raisons, et il est vraiment trop facile de dire : « Ce sont les dents. » Quand un enfant a la fièvre, il faut en chercher la cause. Un certain nombre de maladies passent inaperçues chez les jeunes enfants si on ne les cherche pas. L'auteur a déjà parlé de la pneumonie. Des maladies plus fréquentes encore que la pneumonie et qui peuvent être facilement méconnues, ce sont les angines. Sans parler de l'angine diphthéritique, il y a deux sortes d'angines également épidémiques, c'est-à-dire que l'on rencontre en même temps sur un certain nombre de sujets : l'angine dite érythémateuse, ou angine simple, et une autre qui a été confondue jusqu'ici par presque tous les auteurs avec cette dernière, et que M. Chaumier appelle *fièvre amygdalienne*, parce que l'état fébrile domine les autres symptômes. La maladie débute tout d'un coup, comme la pneumonie, par une fièvre vive, souvent des vomissements, et l'on peut être dérouté par cet état général, grave en apparence, et ne pas voir qu'il y a une légère injection des amygdales, avec ou sans sécrétion blanche, surtout ne pas s'apercevoir que, derrière la branche montante du maxillaire, l'amygdale immobile est augmentée de volume.

En dehors de ces maladies, on rencontre également chez l'enfant, mais pas plus fréquemment que chez l'adulte, ces affections indéterminées que l'on nomme embarras gastrique, etc., et qui sont vraisemblablement des formes atténuées de différentes maladies.

e. Convulsions. — Le chapitre des convulsions n'est pas un des plus clairs de la médecine infantile ; cependant, l'on sait qu'elles se développent dans les maladies des centres nerveux,

dans l'épilepsie, dans l'hystérie ; on sait que chez les nerveux héréditaires, la plupart des maladies fébriles peuvent leur donner naissance.

Et puis il ne faut pas croire que les convulsions sont aussi fréquentes qu'on le dit ; souvent les parents qui s'effrayent facilement prennent pour des convulsions de simples mouvements de l'enfant.

Dans la médecine des enfants, comme dans la médecine générale, il faut donc voir avant de croire.

Ainsi l'auteur ne croit pas aux maladies dites de dentition.

IX

DE L'ÉROSION DENTAIRE DANS LA SCROFULE, par *M. Eyssautier.*

Sur ce sujet, l'auteur fait une communication que nous analysons d'après la *Semaine médicale.*

M. Eyssautier. — Ce n'est pas une nouveauté que j'apporte; je n'essaierai pas même d'établir l'entente entre les doctrines de MM. Parrot et Magitot, aucun d'eux ne veut faire de concession et on ne peut songer à les réconcilier. Ne voulant pas irriter le débat ni le stériliser, je laisserai donc de côté les doctrines.

Nulle maladie spéciale pour moi n'est capable de produire l'érosion dentaire proprement dite.

Les dents suivent les oscillations de l'état général et reçoivent la répercussion des désordres organiques ; par conséquent, les altérations dentaires sont le résultat d'une dénutrition générale.

Toutes les cachexies peuvent produire l'érosion.

La scrofule étant un état cachectique par excellence, agit sur l'appareil dentaire par influence générale constitutionnelle et localement par lésions graves de voisinage, car la région périmaxillaire est à la fois le lieu de développement des dents et le siége d'élection de la strume.

La marche lente et irrégulière de la scrofule explique les accidents et les variétés de stratification des dents atteintes d'érosion.

La scrofule produit des lésions trophiques et une irritation du trijumeau par inflammation du voisinage.

Le maximun d'acuité de la scrofule est atteint de cinq à quinze ans, c'est-à-dire pendant la période de formation de dents permanentes.

C'est l'érosion dite en sillons qui se rencontrerait dans la scrofule ; elle frapperait de préférence les prémolaires et les première et deuxième grosses molaires.

M. Redard (de Genève) proteste contre ces conclusions. Pour lui, il n'y a que les maladies aiguës de l'enfance et en particulier les fièvres éruptives qui puissent produire l'érosion dentaire.

M. Eyssautier fait observer qu'on ne discute pas son travail et que les critiques vagues qu'on dirige contre ses conclusions lui semblent capables d'égarer la discussion, loin de l'éclairer. Il ne fuit pas la discussion, mais il voudrait qu'on produisît des arguments.

M. Redard (de Genève). — Je ne puis admettre la théorie de M. Eyssautier, mais je n'ai pas le temps de la réfuter avec tous les développements que comporte cette question. Je veux seulement m'inscrire en faux contre ce fait que la cachexie, la syphilis même paraissent être la cause de l'érosion dentaire.

Nous ferons à notre tour quelques remarques.

Si l'auteur place réellement de 5 à 15 ans l'acuité maxima atteinte par la scrofule, à cette époque les dents permanentes sont déjà toutes formés, quant à leur couronne ; il n'y aurait donc pas concordance chronologique entre l'influence scrofuleuse et la production de l'érosion.

Les causes invoquées par l'auteur ne sont certes pas nouvelles. Toutes les maladies de l'enfance ont, pour ainsi dire, été mises en cause pour expliquer l'érosion.

Fauchard 1728, Bunon 1743, Bourdet 1757, et même J.-L. Petit, ont indiqué « le rachitisme, le scorbut, les fièvres malignes, la petite vérole, la rougeole, le vice vénérien, et en général toutes les maladies où la qualité des fluides est viciée. »

Plus récemment, dans une étude faite sous les auspices de Broca, par le Dr Castanié (1), l'érosion est attribuée au rachitisme, à la scrofule, aux fièvres éruptives, à l'allaitement artificiel...

D'après le professeur Fournier, qui a, lui aussi, avec sa compétence bien connue, étudié la question, les malformations dentaires ou érosions sont des lésions banales, communes et susceptibles de dériver de causes multiples et diverses ; d'une façon générale, *l'érosion n'est qu'une simple lésion de nutrition, pouvant être déterminée par toutes les causes morbides qui donnent lieu à des troubles de nutrition pendant la période de dentification.*

La communication de M. Eyssautier ne résout donc pas le problème de la séméiologie de l'érosion, naguère si controversé par les opinions si exclusives de nos maîtres, MM. Parrot et Magitot ; c'est tout simplement la reproduction d'une idée de Broca et Castanié.

---

(1) Th. doct., Paris, 1874.

X

LA MALADIE DE FAUCHARD, par le *Dr Th. David.*

Nous avons fait nous-même, sur ce sujet, une communication qui sera ultérieurement reproduite *in extenso*. En attendant, nous en donnons le compte-rendu fait par l'*Union médicale* :

« Notre confrère, *M. David*, qui depuis plusieurs années étudie avec soin l'histoire des questions relatives aux affections dentaires, a envoyé au Congrès le résultat de ses recherches sur la périostite alvéolo-dentaire. Cette affection, caractérisée au point de vue clinique par la destruction lente et progressive des alvéoles et une pyorrhée alvéolaire, par l'ébranlement et le déchaussement progressif des dents, qui finissent par tomber sans présenter de lésions apparentes, a été bien décrite pour la première fois par Fauchard, en 1728.

« Les nombreux auteurs qui ont écrit depuis lors sur cette maladie n'ont guère ajouté à sa description. Pour cette raison, et en outre pour mettre fin à la confusion apportée à l'histoire de la maladie par ses nombreuses dénominations et par les causes non moins multiples qu'on lui a attribuées et qui préjugent trop de sa nature encore peu connue, M. David propose de donner à cette affection, jusqu'à ce qu'on soit mieux renseigné sur sa nature, son étiologie, sa pathogénie et son anatomie pathologique, le nom de *maladie de Fauchard.*

« Actuellement, il résulte de l'analyse des travaux publiés et de l'appréciation des faits observés par l'auteur, que la maladie de Fauchard ne survient que chez des sujets qui, pour des causes très diverses, sont atteints de troubles graves, passagers ou durables, de la nutrition. Au point de vue de sa nature, cette maladie paraît consister essentiellement dans une lésion osseuse; les procès alvéolaires s'atrophient, se résorbent comme le col du fémur chez les vieillards. Des conditions topographiques particulières exposent cette lésion à l'air et font qu'elle s'accompagne de lésions gingivales et périostales, circonstances auxquelles est due la suppuration inter-alvéolo dentaire. »

Dr Th. DAVID.

REVUE DES JOURNAUX

I. *Diarrhée de dentition.* — II. *Asialie suivie de parotidite.* III. *Appareil de prothèse tombé dans l'œsophage.*

Dans une leçon faite à l'Hôpital des enfants sur la diarrhée infantile et reproduite par le *Progrès médical*, nous notons l'opinion autorisée de M. J. Simon sur la diarrhée causée par l'éruption des dents.

« A l'époque de la dentition, il n'est point rare de voir survenir une diarrhée lientérique et catarrhale tout à la fois. Le fait et la coïncidence non aussi fréquente que les commères le supposent, ne peuvent être révoqués en doute. Reste à en donner une explication. Elle est loin d'être aussi facile qu'on veut bien le dire. Prenons l'exemple le plus frappant et peut-être le plus rare, celui des bébés dont les gencives sont chaudes, douloureuses, la joue inégalement colorée, et chez lesquels la distension gencivale provoque des cris, une agitation constante et, par suite, des paralysies réflexes, susceptibles de faire naître des stases sanguines vers l'encéphale et le tube gastro-intestinal. Sans vouloir accorder ici un crédit illimité à tous les phénomènes qui sont mis sur le compte de la dentition, le fait est néanmoins patent, manifeste; l'évolution dentaire amène parfois des congestions de l'encéphale et de l'appareil digestif (muqueuse et glandes), dont l'apparition et les récidives accompagnent exactement la sortie des dents.

« La diarrhée catarrhale de la peur, de la douleur, ne reconnaît point d'autre explication. »

Asialie (manque totale de salive) suivie de parotidite suppurée et de paralysie générale; guérison.

M. l'abbé R... est curé dans une commune des Deux-Sèvres. D'une bonne constitution, mais d'une nature un peu impressionnable, ce prêtre était arrivé à l'âge de soixante-six ans sans aucune infirmité, quand, au mois de septembre 1883, à la suite d'une violente émotion, il constata tout à coup que la salive lui manquait absolument.

La langue était devenue sèche et sa surface paraissait comme fendillée. Le doigt introduit dans la bouche n'y pouvait constater aucune trace d'humidité. Les aliments s'avalaient avec bien de la peine, et le malade fut, à partir de ce moment, très constipé.

Cet état durait depuis cinq longs mois, sans que le médecin ordinaire de M. R... parvînt à améliorer une si pénible position.

Tout à coup, au mois de février dernier, le 3, un dimanche, jour de fatigue pour le prêtre, qui avait dû officier ce jour-là, la région parotidienne gauche enfla considérablement.

Le surlendemain mardi, on nous appela pour la première fois auprès du malade.

La région parotidienne gauche était alors très tuméfiée et douloureuse; la peau y était tendue et luisante; la respiration même était gênée.

Une application de sangsues, répétée dans la soirée, ne put arrêter l'inflammation de la glande.

M. R..., malgré les vives souffrances que lui occasionnait son mal, se plaignait surtout de la sècheresse de la bouche: l'asialie étant alors arrivée à son apogée.

Dès le 12 février au matin, une goutte de pus avait paru à l'orifice du conduit auditif externe, et on put sentir au milieu de la tumeur un point de ramollissement.

Une incision faite en cet endroit nous fit tomber sur du pus très concret. Le lendemain nous agrandîmes cette ouverture, et un gros tube en caoutchouc y fut mis à demeure. L'abcès fut lavé tous les jours avec de l'eau bouillie additionnée d'un centième d'une solution saturée d'acide salicylique.

La suppuration devint bientôt très abondante, et il fallut plus tard

encore ouvrir deux poches qui ne communiquaient pas avec la grande collection centrale.

Au bout de trois semaines, le pus coulait en même temps par le conduit auditif, par deux tubes en caoutchouc et, à l'intérieur de la bouche, par le canal de Sténon.

Pendant tout ce temps, le malade (légèrement en subdélire) s'était surtout plaint de son manque de salive.

Il nous fallait énumérer sans cesse, pour le calmer, les moyens que la médecine mettait à notre disposition, quand il s'agissait de réveiller les fonctions des glandes salivaires.

Chose étonnante, dès que le pus coula très facilement, la salive afflua à son tour, plus ou moins abondamment d'abord, puis à peu près normalement.

Quand l'asialie disparut, vinrent d'autres accidents, prévus ceux-là : paralysie du nerf facial. L'œil, toujours découvert par suite de l'atonie des muscles orbiculaires, faisait beaucoup souffrir le patient. L'électricité et la strychinine remédièrent peu à peu à cet état.

Du facial, par ses rameaux anastomotiques, la paralysie s'était étendue jusqu'au plexus brachial, la partie interne de la main (nerf cubital) avait perdu toute sa sensibilité, et tout le membre n'avait presque plus de force.

Après deux mois de durée, la suppuration tarit enfin, et, au mois de mai, M. R... put s'occuper de son ministère.

Tout marchait à souhait, quand vers les derniers jours du mois de juin, le malade vit subitement la bouche et l'isthme du gosier se couvrir d'oïdium albicans (muguet). Une grande faiblesse s'empara en même temps de tous ses membres, et M. R... sentait comme un poids énorme sur les épaules. Ce n'est plus qu'avec peine qu'il pouvait se lever. Le traitement classique du muguet ne nous ayant pas réussi, nous eûmes recours aux gargarismes brômés, qui soulagèrent le malade instantanément. Le muguet disparut aussitôt ; mais, si l'on abandonnait le remède, il revenait immédiatement ; aussi, fallut-il continuer ce moyen pendant près d'un mois entier,

La paralysie générale ne disparut pas avec le muguet. Une saison aux bains de mer sembla d'abord améliorer la position du malade ; mais, quelque temps après son retour, le mal ne fit qu'empirer, si bien que M. R... ne pouvait plus se tenir debout pendant plus d'une minute sans béquilles, que monter un escalier lui semblait un travail d'Hercule. Les membres supérieurs, jusque-là encore assez robustes, perdirent à leur tour toute force.

Nous étions arrivés au 10 octobre. Un cautère appliqué à cette époque sur la nuque du patient améliora beaucoup sa position, dès que la suppuration devint abondante.

Aujourd'hui 10 novembre, les forces sont presque revenues à leur état normal ; la station debout ne fatigue plus, et une marche de deux kilomètres ne paraît pas trop longue à notre convalescent. Tout fait espérer maintenant une guérison à peu près complète.

L'asialie préoccupe toujours encore M. l'abbé R..., qui a toujours peur de voir la salive lui manquer. Les glandes salivaires sécrètent cependant normalement, abstraction faite de cette portion de salive que ne saurait plus fournir la glande détruite en grande partie par la suppuration.

La tension nerveuse produisant l'asialie, celle-ci disparaissant à la suite d'une affection aussi grave qne l'est une parotidite due certainement elle-même à la sécheresse de la muqueuse buccale (même mécanisme que dans les parotidites des affections fébriles graves) ; la paralysie générale apparaissant à la suite du muguet ou conjointement avec lui ; l'action rapide du cautère, tout cela prêterait à des réflexions qui augmenteraient encore notre observation déjà assez longue.

Dr Mengus.

(*Semaine médicale*).

Extraction d'un appareil de cinq dents artificielles tombé dans l'œsophage.

Le 3 février 1885, je fus mandé pour visiter Mme E. R., couturière, âgée de 31 ans. Je trouvais sa respiration haletante et se faisant avec grande difficulté, sa contenance indiquait sa profonde détresse. Elle pouvait à peine articuler quelques sons rauques, faisait constamment des efforts pour vomir et rendait par la bouche un liquide écumeux teinté de sang.

J'appris que la patiente était sujette à des attaques d'épilepsie, et un soir, à son retour, les personnes avec lesquelles elle loge notèrent qu'elle respirait avec difficulté, qu'elle avait perdu sa voix; par ses signes, elle indiquait qu'un corps étranger était logé dans sa gorge, on constata aussitôt que ses dents artificielles n'étaient plus à leur place habituelle dans la bouche.

Par l'examen externe, je sentis une substance dure dans l'œsophage au-dessous et derrière le larynx; par l'investigation digitale à travers la bouche, je touchais l'entrémité de l'appareil avec l'index. Après quelques tentatives malheureuses pour saisir la plaque avec la pince, j'endormis la malade avec le chloroforme et arrivais à insinuer un doigt sous un des crochets; cela me permit d'introduire la pince et de saisir avec fermeté le corps étranger que, par une série d'oscillations, je pus extraire. Il s'agissait d'une plaque en *dental alloy*, mesurant un pouce et demi de longueur et large de trois quarts; cinq dents y étaient placées et les extrémités se prolongeaient par des crochets aigus.

Pendant quelques jours la gorge resta très irritée, et la patiente était incapable d'avaler; en conséquence, elle fut nourrie par le rectum avec du lait pancréatisé; au bout d'une semaine, elle put être nourrie par la bouche et recouvrit bientôt sa santé ordinaire.

Nous remarquons que les difficultés que nous avons rencontrées provenaient des spasmes du pharynx et du larynx rendant impossible la saisie de l'appareil. C'est grâce à l'anesthésie qu'on put les supprimer pour pouvoir opérer avec sécurité

(*British. Med. Journ.*, 19 septembre 1885).

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Odontalgique.

Ether camphré............................	15
Teinture de digitale éthérée...............	5

En imbiber un tampon de ouate, qu'on place dans l'oreille. Recouvrir avec un mouchoir.

(*Avenir pharmaceutique*).

Gargarisme contre la pharyngite chronique

Acide tannique..........................	5	grammes.
Esprit de vin rectifié.......................	8	—
Mixture camphrée........................	300	—

Faites dissoudre.

Pour gargarisme, dans les inflammations chroniques du pharynx.

En outre, on fait pénétrer dans la gorge, à l'aide d'une pulvérisateur, une solution composée de 15 centig., d'acide tannique, pour 30 grammes d'eau distillée.

Sirop de dentition

Chlorhydrate de cocaïne..................	10 centigrammes.
Sirop simple..........................	10 —
Teinture de safran.......................	10 gouttes.

Mêlez.

Faire plusieurs fois par jour des frictions douces sur les gencives endolories.

(Pierre VIGIER. — *Gazette hebdomadaire*).

The American public health association vient de publier les conclusions de son rapport sur les antiseptiques et les désinfectants. Les formules suivantes y sont recommandées dans le but de désinfecter les vases, objets et excrétions provenant de malades atteints de maladies contagieuses.

Solution n° 1. — Chlorure de chaux......	4 onces.....	(113 gr. 40).
Eau..................................	1 gallon....	(4 litres 54).
Solution n° 2. — Sublimé corrosif.........	2 drachmes.	(3 gr. 35).
Permanganate de potasse...............	2 drachmes.	(3 gr. 35).
Eau..................................	1 gallon....	(4 litres 54).
Solution n° 3. — Liqueur de Labarraque.	1 volume.	
Eau..................................	5 volumes.	
Solution n° 4. — Sublimé corrosif.......	4 onces.....	(113 gr. 40).
Eau..................................	1 gallon....	(4 litres 54).
Mêlez et ajoutez.		
Permanganate de potasse...............	1 drachme..	(1 gr. 77).

Dans la désinfection des matières fécales, les hygiénistes américains préfèrent la solution saturée de chlorure de chaux aux poudres désinfectantes. Diluée dans le double de son poids d'eau, la solution n° 1 peut servir à la désinfection des crachats, de l'urine ou des produits morbides. La solution n° 2 a les mêmes usages que la solution n° 1. Mélangée avec de l'eau, la solution n° 3 peut servir à lotionner les parties du corps qu'on veut désinfecter ou aux soins de toilette.

La solution n° 3 est recommandée pour la désinfection du corps des individus décédés à la suite de maladies contagieuses. De plus, partageant les sages avis depuis longtemps formulés par le conseil d'hygiène du département de la Seine, les commissaires américains recommandent l'enveloppement des cadavres dans un linge imbibé des solutions n° 1 et n° 3.

L'immersion des pièces de literie et des hardes pendant trois heures dans la solution n° 1 ou dans la solution n° 4, préparée sans addition de permanganate de potasse, suffit pour leur désinfection.

C'est encore la solution n° 4, diluée dans huit parties d'eau, qu'ils considèrent comme la plus efficace pour l'assainissement des locaux contaminés. Un lavage est pratiqué avec ce liquide et, vingt-quatre heures plus tard, avec l'eau bouillante. Une ventilation énergique termine l'opération. Ce procédé d'assainissement serait préférable aux fumigations sulfureuses.

Enfin, on doit préférer le chlorure de chaux au sublimé corrosif pour la désinfection des fosses d'aisances et des latrines, parce que les composés ammoniacaux décomposent le sel mercuriel et lui enlèvent toute activité. Dans ce but, ils recommandent de mélanger le chlorure de chaux aux matières à désinfecter dans la proportion d'un trentième du poids de celles-ci. La conclusion finale de ces recherches serait donc que le chlorure de chaux est le meilleur des agents désinfectants et germicides. Nonobstant la valeur des savants expérimentateurs américains, elle mérite ratification et contrôle. C.-L.-D.

(Union médicale).

L'acide lactique comme escharotique, par LUITZ. — D'après l'auteur, Mosety-Moorhof est le premier qui ait eu l'idée d'employer l'acide lactique, comme irritant et modificateur local, dans le traitement du lupus et de l'épithelioma.

Luitz y associe l'acide salycilique et saupoudre une feuille de gutta, et recouvre le tout avec l'ouate.

Le topique rsste en place vingt-quatre heures.

La doulenr est peu intense et cède vite.

Les cas les plus rebelles ont guéri.

(*Wiener méd. Blatt. nº 19, 1885*).

INVENTIONS. — PERFECTIONNEMENTS

LES ACCUMULATEURS

Le rapport publié par le comité de l'exposition de Philadelphie, chargé des accumulateurs, fournit de nouvelles données sur le rendement des piles secondaires. Il résulte des expériences faites que leur rendement atteint 69,45 p. 0/0. De précédents calculs ne l'avaient estimé qu'à 60 p. 0/0.

Emploi de l'électricité pour couper les tubes de verre. — Pour couper un tube de verre d'un assez gros diamètre, on enroule un fil de fer ou de cuivre d'un demi-millimètre de diamètre à l'endroit voulu; on relie ce fil aux pôles d'une pile ou à tout autre générateur d'électricité, et on fait passer le courant : fil et tube s'échauffent, et il suffit de quelques gouttes d'eau froide pour amener une coupure nette, même avec des tubes de 11 millimètres de diamètre.

Fabrication de fils métalliques microscopiques. — M. Read, de Brooklyn, a réussi à fabriquer du fil de platine tellement fin qu'il est invisible à l'œil nu, et qu'on ne peut constater sa présence que par le toucher, ou bien en se servant d'une loupe, quand il est placé sur du papier blanc.

A cet effet, M. Read introduit un bout de fil de platine fin dans un petit tube d'argent qu'il passe à la filière jusqu'à ce qu'il soit réduit au diamètre primitif du fil de platine. Un bout de ce fil est placé dans un second tube en argent pareil au premier,. puis tréfilé jusqu'à la même limite. On répète cette opération jusqu'à ce que le noyau de platine ait atteint le degré de finesse voulu, en ayant soin de recuire plusieurs fois la matière à tréfiler.

Le dernier fil est alors plongé dans un bain d'acide azotique qui dissout l'argent, tandis que le platine reste.

M. Read se propose d'employer ce fil, au lieu des fils d'araignée, pour les réticules des lunettes : le maniement ne sera pas des plus aisés.

Un réactif très sensible du mercure. — M. C.-H. Wolff peut reconnaître la présence d'un centième de milligramme de mercure dans une dissolution de 100 centimètres cubes, au moyen d'un fil d'argent très fin et doré : le mercure s'y dépose immédiatement.

Le métal Babbitt. — En fondant à une température très élevée huit parties d'étain en grains avec deux d'antimoine et une de cuivre, on obtient le métal Babbitt. Préparé avec soin, ce corps donne la meilleure substance pour la construction des machines solides et rapides.

(*Scientific American*).

CIMENT POUR LE PLATRE

Pour réparer des objets en plâtre qui auraient été brisés, faite dissoudre de petits fragments de celluloïd dans l'éther.

Décantez le liquide au bout de quelque temps. La partie pâteuse qui reste sert de ciment pour réunir les morceaux cassés. Ce ciment sèche rapidement et ne se dissout pas dans l'eau.

NOUVELLES

Ordre du jour de la Société d'Odontologie. — Séance du 27 octobre 1885, à huit heures et demie du soir. — Allocution de M. Poinsot, vice-président. — Rapport et démonstration de M. Heidé, délégué de l'École dentaire de Paris, sur la méthode d'aurification par le procédé Herbst.

Distribution géographique de la carie dentaire en France, par M. P. Dubois.

Présentation d'un moufle, nouveau modèle, de M. Rousseaux.

Tous les dentistes peuvent assister à la séance.

CONCOURS

Le *Verein deutscher Zahnkünstler* accorde un prix de 1,500 marks (1,875 francs), à quiconque trouvera un procédé pour préparer l'or, de manière qu'il se laisse manipuler comme l'amalgame.

Cette somme de 1,500 marks est déposée à la banque saxonne, à Dresde.

Ses conditions sont les suivantes :

1° Il faut que cet or se laisse fouler facilement dans les cavités, (comme l'amalgame) ;

2° Cet or doit, après son application dans une dent :

a. Adhérer complètement aux bords de la cavité ;

b. Conserver sa couleur primitive d'or ;

c. Prendre un poli brillant ;

d. Et finalement former dans la cavité un bloc aurifère, compact, ne subissant aucune rétraction;

3° Il faut que le procédé soit nouveau et apte à être breveté ;

4° Le procédé deviendra propriété du soussignée ;

5° MM. les aspirants aux prix sont priés de remettre en même temps, avec la note explicative du procédé, des épreuves de l'or ; la valeur de la matière première leur sera remboursée;

6° Le nom de l'inventeur ne doit pas être visible ni sur la note explicative ni sur les échantillons d'or, qui devront être enveloppés et cachetés; le tout sera accompagné d'un pli cacheté contenant le nom, prénom et l'adresse du concurrent ;

La concurrence est illimitée ;

7° La note explicative et les échantillons d'or devront être déposés le 1er avril 1886, au plus tard ;

8° L'examen des procédés et des échantillons sera confié aux soins du jury composé de :

MM. Hermann Bothe, dentiste à Dresde ; Dr E. Geissler, chimiste, rédacteur du *Journal pharmaceutique*, à Dresde ; Ad. Werner, dentiste, à Nizza ;

9° Le jugement du jury sera proclamé le 1er janvier 1887, au plus tard, et le prix pourra être touché dès ce jour;

10° Les travaux non couronnés seront renvoyés, si on le désire, à la rédaction; elle traitera là-dessus avec les inventeurs. Toutes informations et renseignements désirés seront donnés volontiers par la rédaction de la *Monatsschrifs des Vereins deutscher Zahnkünstler*, représentée par M. A. Polscher, à Dresde (Saxe), 3 et 4, am Markt.

Nous apprenons avec plaisir que le doyen des dentistes français, M. Léon, que nous avons eu le bonheur de voir souvent à nos banquets confraternels, vient d'être décoré par le roi des Belges chevalier de l'ordre de Léopold pour la part glorieuse qu'il prit à la révolution qui fonda l'indépendance de la Belgique.

Nous sommes heureux de cette récompense si tardive, dont les *Petites Nouvelles* donne le glorieux motif:

« Le 23 septembre, vers la brune, Charlier Jambe-de-Bois fit « avancer sa pièce sur la place royale. Le capitaine liégeois Pourbaix « y planta son drapeau au milieu d'une grêle de balles et de biscaïens; « l'enthousiasme était dès lors général; on n'entendait que le cri de : « En avant!

« Et encore ceci :

« M. Pourbaix, qui reçut un parlementaire sur la place Royale, le 24 « au soir, plaça, pour toute réponse, son drapeau belge sur le sommet « de la barricade Kessels, entre l'hôtel de Belle-Vue et celui de « l'Amitié; aussitôt quatre coups de canon à mitraille et un feu de « peloton furent dirigés contre lui, il ne reçut qu'une balle au bras. « C'était ce brave jeune homme qui, la veille, avait combattu rue de « Flandre où, accompagné d'une poignée de ses braves compatriotes, « il fit prisonnier quatre-vingt fantassins et douze hussards avec leurs « chevaux et s'empara de cent fusils. L'on sait, au surplus, que les « volontaires liégeois se sont montrés partout dignes de servir de « guides et d'exemples à tous nos braves.

« L'homme qui a pris une part aussi glorieuse dans les combats « livrés pour l'affranchissement de son pays vint habiter la France « dès que la révolution fut terminée, sans demander la moindre « récompense à la Belgique.

« Il s'installa à Paris, qu'il n'a jamais quitté depuis, où il jouit « d'une juste considération que lui ont acquise soixante ans de pra- « tique médicale comme chirurgien-dentiste. »

M. le Dr Douvres (de Rouen) a adressé au Sénat, le 26 mars dernier, une pétition au nom de l'Association des médecins de la Seine-Inférieure, afin de demander la modification législative de l'art. 2101 du Code civil, concernant les honoraires pour soins de la dernière maladie dans les cas de faillite ou de déconfiture. Cette pétition est revêtue de deux mille cent quarante-huit signatures et cinquante-deux associations médicales ont répondu à l'appel de notre confrère.

Le rapporteur, M. Libert, appuie la requête et dit en terminant :

« La réforme qui vous est demandée semble donc absolument légitime; mais n'appelle-t-elle pas un complément? D'après la jurisprudence, les termes : « la dernière maladie » ne s'appliquent pas aux maladies des enfants ou proches parents du débiteur.

« En conséquence, votre commission a l'honneur de proposer au Sénat de renvoyer cette pétition et les modifications qu'elle demande à l'article 2101 du Code civil à M. le garde des sceaux, en la recommandant à tout son intérêt, et convaincu qu'il voudra bien faire droit à une demande qui est commandée à la fois par la logique, par le bon sens et par l'humanité. »

(*Union médicale, 13 septembre 1885*).

AVIS

Nous serions très reconnaissants à MM. les Dentistes qui voudraient bien offrir à la Bibliothèque de l'Ecole dentaire les livres, brochures, numéros de publications périodiques qu'ils pourraient avoir en double ou qu'ils ne tiennent pas à conserver. Nous les prions soit de les envoyer directement au siège de l'Ecole, 23, rue Richer, soit de donner avis à M. Favre, secrétaire de l'Ecole, qu'ils les tiennent à sa disposition.

L'*Aide-Mémoire* du Chirurgien-Dentiste est en vente chez les fournisseurs pour Dentistes.

Pour la vente en gros, s'adresser à M. Paul Dubois, 104, rue Saint-Lazare, ou à M. Lecrosnier, éditeur, place de l'Ecole-de-Médecine.

Prix cartonné : 5 fr.

Le prix des frais de recouvrement est à la charge des souscripteurs.

A CÉDER de suite, pour cause de santé, un cabinet de dentiste admirablement situé en plein centre de Paris.

Affaires : **35,000** francs. — Prix : **45,000** francs.

Le chiffre d'affaires, résultant *surtout de prothèse*, pourra être augmenté dès la 1re année, si l'acquéreur veut s'occuper plus spécialement de *soins de bouche et des dentifrices* que son prédécesseur.

Pour les renseignements, s'adresser à M. Ed. Lowenthal, 10, rue Rochechouart.

Un dentiste installé sur les grands boulevards (2,000 fr. de loyer), demande à céder son cabinet.

S'adresser à M. P. Dubois, bureau du Journal.

Un lauréat diplômé de l'Ecole Dentaire de Paris, parlant l'anglais et l'allemand, demande une place d'opérateur.

M. L. F., bureau du Journal.

Un lauréat diplômé de l'Ecole Dentaire de Paris, parlant l'espagnol, demande une place d'opérateur.

M. R. S., bureau du Journal.

A vendre, en deux volumes reliés, les années 1862 et 1863 du journal l'*Abeille*, publié à Orléans par M. Fanton.

S'adresser à Mme Fanton, rue du Grenier-à-Sel, 19, Orléans.

M. Haubriet Charles, rue Saint-Martin, 240, demande une place permettant d'assister à la clinique de l'Ecole dentaire de Paris.

Un jeune homme ayant déjà fait deux années d'apprentissage demande à entrer chez un dentiste.

S'adresser à M. Sautereau, rue Catullienne, 10, à St-Denis (Seine).

VOL. 5. Paris, Novembre 1885. Nº 11.

L'ODONTOLOGIE

TABLE DES MATIÈRES POUR NOVEMBRE 1885

ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

COMPTE-RENDU

DE LA

SIXIÈME SÉANCE ANNUELLE D'INAUGURATION

Présidence de M. Brouardel

Vendredi, 30 octobre, a eu lieu, sous la présidence d'honneur de M. Brouardel, la sixième séance solennelle d'ouverture de l'Ecole dentaire de Paris. M. le Dr Robinet, vice-président du Conseil municipal, remplaçant M. Michelin, qui s'était fait excuser de ne pouvoir venir, M. E. Lecaudey, président de l'*Association générale des dentistes de France*, et M. le Dr David, directeur de l'Ecole, assistaient l'éminent professeur.

Ce n'est point sans raison que le conseil de direction avait jugé le local de la rue Richer trop étroit et avait accepté avec reconnaissance la grande et luxueuse salle des fêtes que nous avait offerte à M. le maire du neuvième arrondissement. Dès huit heures, malgré le mauvais temps, les invités commençaient à arriver, et à neuf heures, on ne comptait pas moins d'un millier de personnes.

On y remarquait des notabilités médicales, des professeurs de la faculté, des députés, des conseillers municipaux, le directeur des douanes de Paris, divers représentants de la presse, et ce qui ne dépare jamais une fête, même scientifique, un grand nombre de femmes charmantes..... Le corps professionnel presque tout entier s'était rendu à cette réunion de famille, désireux de constater les résultats de son œuvre et de féliciter les élèves et les professeurs de son école.

A neuf heures, M. Brouardel était sur l'estrade et ouvrait la séance.

Si des doutes, si des craintes subsistaient encore sur la réussite de l'Ecole dentaire de Paris, nous pouvons assurer qu'ils s'évanouirent ce soir-là. Le succès de cette soirée fugrand, en effet; grand par l'éclat inaccoutumé qu'elle emprunt tait au local, par la renommée du président, par l'affluence considérable..... Il le fut encore pour des motifs que nous devons faire connaître.

On ne se doute point des tentatives dirigées tous les ans contre nos présidents d'honneur dès que l'ouverture de l'Ecole est annoncée, pour les dissuader de tenir leur promesse. Lettres, visites à eux-mêmes ou à leurs amis les plus intimes, on n'épargne rien pour les empêcher de présider notre séance d'inauguration. On se souvient de la lettre anonyme qu'avait reçue M. Verneuil au moment de venir occuper le fauteuil présidentiel et des spirituels commentaires qu'il nous en donna publiquement. Nous pourrions citer nombre de personnes qui, cette année (et ce sont toujours les mêmes), ont ainsi perdu leur temps et celui de leurs chefs de clinique; mais nous leur pardonnons, car le succès rend miséricordieux.

Nous nous étonnons cependant d'avoir encore de pareils ennemis, puisque notre œuvre est impersonnelle, puisque nous poursuivons le but le plus louable, le plus désinterressé. Heureusement, ces ennemis ne sont pas nombreux, et à vrai dire, ils n'ont servi, jusqu'à présent, qu'à rehausser par leurs efforts, aussi impuissants que peu justifiés, le succès toujours grandissant de notre Ecole.

Nous ajouterons même que toujours nos présidents d'honneur ont emporté, avec nos remerciements, une précieuse sympathie pour l'œuvre qu'ils sont venus connaître.

Ces considérations nous ont paru devoir être mises au jour, pour augmenter la reconnaissance que nous devons à M. Brouardel, en même temps que l'éclat de notre triomphe. Le mot triomphe n'est certes pas exagéré, appliqué au succès de cette séance, si l'on considère les difficultés, la modestie de nos débuts.

Il y a six ans à peine, notre Ecole s'ouvrait, uniquement soutenue par l'union, l'énergie, et la foi de ses fondateurs.

Aujourd'hui, nous la voyons subventionnée par la Ville de Paris, patronnée per les personnalités les plus éminentes du

corps médical. Aux noms de Trélat, Verneuil, P. Bert, nous avons à ajouter cette année, celui de M. Brouardel. Aucune adhésion à notre œuvre ne pouvait. à coup sûr, être plus flatteuse que celle de ce professeur éminent qui, tout jeune encore, a su s'élever au premier rang du corps médical. Professeur à la Faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine, président du Comité consultatif d'hygiène, il est devenu, comme l'a dit notre directeur, le médecin de l'Etat, le gardien officiel de la santé publique,

Espérons qu'il attirera sur notre œuvre, quelques-unes de ces sympathies dont il est honoré en haut lieu, et que sa présence parmi nous fera taire toutes les critiques.

Nous lui serons en tout cas profondément reconnaissants d'avoir si gracieusement apporté son appui. Le succés de cette soirée, ainsi que celui des années précédentes, n'est-il pas la meilleure preuve que l'on apprécie de plus en plus, le but élevé que nous poursuivons depuis six ans.

Cette œuvre de réforme se poursuit ainsi d'une façon rapide, sur le terrain si heureusement choisi de l'enseignement professionnel.

Tous les concours, tous les appuis, toutes les adhésions sont venus tour à tour et de tous les côtés, quelles que soient les divergences d'opinion, se rallier sur ce terrain commun. N'est-ce point une preuve que nous avons fait tout ce qu'il y avait à faire, le succès obtenu, ne prouve-t-il pas assez que nous avions raison de le tenter? Encore quelques années et par suite de modifications et de perfectionnements nouveaux, cet enseignement sera entré dans nos mœurs, consacré par ses succès, par ses services rendus et peut-être aussi appuyé par les pouvoirs publics.

Nous allons maintenant, essayer de donner un compte-rendu de la séance du 30 octobre 1885,

Le directeur de l'Ecole, M. le Dr Th. David, prend le premier la parole. pour rendre compte des travaux de l'année. Un juste tribut d'hommages est adressé à la Ville de Paris, notre bienfaitrice, ainsi qu'à toutes les personnes qui ont apporté à notre œuvre leur appui, leurs sympathies. Un coup d'œil rétrospectif, sur la fondation et le fonctionnement de l'Ecole, fait ressortir les résultats déjà considérables de son enseignement et de sa clinique. Pour justifier les faveurs accordées et celles qu'il sollicite encore pour notre art, le directeur retrace l'histoire si peu connue de la chirurgie dentaire ; fait un tableau de son état aux siècles passés ; indique aux dentistes une généalogie des plus honorables et repousse le discrédit immérité, que l'on attache à notre profession. Dans cet exposé, émaillé de faits se rapportant à l'histoire des dentistes, il revendique pour la France, textes à l'appui, l'honneur d'avoir été le berceau de l'art dentaire, et pour Fauchard, le titre de *Pater dentista*.

Il termine par quelques sages conseils adressés aux nouveaux diplômés, à ceux qui vont quitter l'Ecole pour entrer dans la vie professionnelle.

Ce discours est couvert d'applaudissements.

Dans une spirituelle improvisation que tout le monde voudra lire, M. Brouardel explique pourquoi il a voulu, après les chirurgiens Trélat, Verneuil, après le physiologiste P. Bert, apporter à l'Ecole de la rue Richer, ses félicitations et son appui.

Examinant la situation des dentistes, il constate que les pouvoirs publics ont oublié de les classer, et passe en revue les divers projets de réforme élaborés pour réparer cet oubli et pour donner à notre groupe social de plus en plus nombreux une juste satisfaction. Il approuve les fondateurs de l'Ecole d'avoir eux-mêmes réalisé la meilleure, la plus pratique des solutions, d'avoir créé sans aucun concours, par la seule force de l'initiative privée tout un enseignement professionnel nouveau.

L'éminent professeur trouve encore un autre prétexte d'éloges dans le groupement des dentistes. La corporation, dans les professions libérales, a toujours servi à en élever le niveau moral en instituant une espèce de code d'honneur plus rigide et mieux observé que les prescriptions légales. C'est parce que notre œuvre a déjà réalisé ces divers buts, qu'il est venu à nous, qu'il n'a pas craint de nous apporter l'appui de sa personnalité, sur lequel nous pouvons désormais compter.

On comprend sans peine avec quels applaudissements ont été accueillies ces paroles dites d'une voix sympathique qui en augmentait encore les effets.

M. le Dr Gérard, professeur de l'Ecole, agrégé à l'Ecole de pharmacie, fait ensuite une conférence très applaudie sur le concours que les sciences naturelles sont venues apporter à la création d'un enseignement odontologique. Il prouve que ces sciences appelées à tort *accessoires* sont au contraire *essentielles*, et combien la connaissance de la physique, de la chimie, de la mécanique, de l'histoire naturelle sont nécessaires au dentiste qui est appelé chaque jour à en faire de nombreuses applications.

Ce remarquable discours est venu faire le pendant de celui prononcé l'année dernière par le Dr Prengrueber, que l'Ecole s'honore de possèder au nombre de ses professurs.

Le secrétaire général M. Ch. Godon, proclame enfin les résultats de l'année scolaire 1884-1885, et donne lecture de la liste des diplômés et des lauréats. Ces derniers viennent sur l'estrade recevoir leur prix de la main même de M. Brouardel qui adresse à chacun un mot de félicitation.

Aux prix des élèves se trouvaient joints des dons gracieusement offerts par les maisons Heymen Billard et Cornelsen. M. Lecaudey, le sympathique président de l'*Association générale des Dentistes de France*, ne s'est point contenté d'en ajou-

ter un autre ; il a voulu le perpétuer, en faisant don à l'Ecole, d'une somme de 1,000 fr. dont l'intérêt annuel sera désormais affecté à cet emploi.

Enfin l'Ecole dentaire a voulu laisser à son président d'honneur, un souvenir de cette mémorable soirée. Le directeur a offert à M. Brouardel une médaille commérative lui rappelant la date du 30 octobre, et la reconnaissance de tous les dentistes de France, pour le puissant appui qu'il est venu apporter à leur œuvre.

L'éminent professeur a remercié l'Ecole de ce gracieux souvenir et a témoigné en outre sa grande satisfaction d'avoir assisté à notre réunion.

Cette fête comptera assurément dans les fastes de l'histoire de notre art. Tous les assistants ont été surpris des heureux résultats déjà obtenus par l'Ecole dentaire de Paris et n'ont pu que féliciter le corps des Dentistes des efforts qu'il fait depuis quelques années pour relever la profession et pour lui faire reprendre sa place dans la grande famille scientifique.

Nous ne pouvous terminer sans exprimer nos remerciements à toutes les personnes qui sont venues honorer notre réunion de leur présence, ainsi qu'à tous les organes de la presse politique et médicale qui ont bien voulu en rendre compte. Leur concours nous a été des plus précieux en nous aidant à faire connaître et à propager le but que nons poursuivons : le relèvement de l'Art dentaire de Paris.

Discours de M. le docteur Th. DAVID

DIRECTEUR DE L'ÉCOLE

Lorsque les touristes gravissent une montagne, ils s'arrêtent de temps en temps pour mesurer des yeux l'espace qu'ils ont parcouru ; et en présence du magnifique panorama qui les entoure, bien vite, ils oublient les peines, les fatigues éprouvées, les dangers passés ; tout disparaît devant le résultat de leurs efforts.

Il en est ainsi de notre entreprise, et à l'occasion de cette réunion annuelle, que j'ai l'honneur de présider, j'ai cru bon de jeter un regard en arrière sur nos travaux, pour constater les progrès déjà immenses accomplis par notre œuvre commune.

Oublions les difficultés vaincues, oublions même les collaborateurs impatients qui se sont séparés de nous; tout à la

joie du moment, ne voyons plus, comme les touristes, que le beau côté de notre situation.

Signalons tout d'abord les nombreuses sympathies qui ont accueilli nos débuts, et qui depuis ne nous ont jamais fait défaut.

C'est ainsi qu'aujourd'hui, nous avons pu quitter nos salles modestes de la rue Richer, où chaque année nous étions trop à l'étroit pour nos séances d'ouverture, et où ce soir nous n'aurions peut-être pas pu vous recevoir tous, tant le nombre de nos adhérents a grandi. Aussi, mesdames et messieurs, devons-nous remercier M. le Maire de cet arrondissement, qui a bien voulu nous donner une si gracieuse et confortable hospitalité, preuve de sa vigilante sollicitude pour tout ce qui touche à ses administrés.

Regardons maintenant un peu plus loin derrière nous. Que de chemin parcouru déjà depuis notre première séance d'inauguration jusqu'à celle-ci, qui nous fait les hôtes de la Ville de Paris !

Chaque année a été pour notre Ecole un nouveau triomphe. Les personnes éminentes que j'ai conviées ont mis un empressement des plus flatteurs pour nous, à venir occuper ce fauteuil présidentiel, à honorer notre œuvre naissante de leur puissant appui, auquel nous sommes redevables d'une bonne partie de nos succès. Une année, c'était M. Trélat, une autre M. Verneuil, deux illustres représentants de la chirurgie française; l'année dernière, c'était M. Paul Bert. Ceux d'entre vous qui eurent le bonheur de les entendre, n'ont assurément pas oublié leurs bienveillantes paroles, leurs précieux encouragements et leurs sages conseils.

Notre étoile ne nous a point abandonnés ce soir, puisque nous avons avec nous M. le professeur Brouardel. Si ses prédécesseurs sont venus représenter ici la chirurgie, la physiologie et même la politique, le Président de ce soir représente dans toute sa splendeur la médecine française. Vous connaissez le savant, le professeur aimé de tous les élèves, le praticien illustre et distingué entre tous, puisque l'Etat l'a, en quelque sorte, constitué son médecin, son gardien sanitaire. C'est donc pour nous un insigne honneur de célébrer cette fête sous sa présidence; c'est aussi une récompense des efforts que nous avons faits jusqu'à ce jour pour le développement de notre œuvre, et un bon pronostic pour son avenir. M. Brouardel, j'ose l'espérer, ne nous refusera pas, désormais, son puissant appui, et je compte qu'il en rejaillira sur nous comme un rayonnement de ces sympathies dont il a le secret.

Aussi, cher Maître, suis-je heureux de vous exprimer les remerciements bien sincères de nous tous : élèves, professeurs et conseil de direction.

Et vous aussi, monsieur le vice-président du Conseil municipal, nous sommes fiers de vous compter au nombre de nos

protecteurs, et de vous remercier du bienveillant intérêt que vous n'avez cessé de témoigner à notre jeune Ecole, qui fait partie de cet enseignement professionnel si cher à la Ville de Paris.

Je ne veux pas oublier mon prédécesseur, aujourd'hui président de l'Association générale des dentistes de France, M. Lecaudey, dont le dévouement et l'incessante générosité n'ont pas peu contribué à nos succès.

D'ailleurs, Messieurs, lorsque vous la connaîtrez mieux, vous n'aurez certainement pas lieu de regretter et l'honneur que, par votre présence, vous faites à notre œuvre, et le service immense que vous lui rendez.

Notre Ecole, comme le disait un de nos présidents d'honneur, M. Trélat, n'est pas l'Ecole de M. X... ou de M. Z..., mais bien l'Ecole des dentistes français.

Depuis le commencement du XVIIe siècle, et jusqu'en 1830, les dentistes ne purent exercer sans avoir conquis leur diplôme, soit d'opérateur, de chirurgien, d'expert pour les dents, soit de docteur ou d'officier de santé. Par un arrêt de 1827, rendu malgré tous les avis compétents, la Cour de cassation déclara libre l'exercice de l'Art dentaire.

Cette liberté fut déplorable par les conséquences qu'on en tira. Dispensés de tout diplôme, beaucoup de dentistes se crurent par là même dispensés de toute étude. Et cela pendant qu'on ouvrait à l'étranger de superbes écoles dentaires qui ne tardèrent pas à nous envoyer leurs élèves, puisque nous venions d'ouvrir nos portes sans condition.

C'est, en effet, de cette époque que date l'invasion des dentistes étrangers. N'étant astreints à aucune autre formalité que celle de la patente, ils arrivèrent en foule chez nous. Pour capter la confiance du public, ils surent faire d'habiles réclames, dénigrer leurs confrères, leurs hôtes, et exhiber des diplômes sans valeur pour la plupart, mais n'en donnant pas moins aux yeux du vulgaire une supériorité scientifique à ceux qui les portaient.

Aussi, la France, qui avait toujours été à l'avant-garde du progrès, se trouva-t-elle rapidement dans un état d'infériorité vis-à-vis des autres nations. Est à dire qu'on puisse imputer à nos aînés, cette décadence de la profession? Ce serait une injustice. Où auraient-ils fait des études, puisqu'il n'y avait en France aucun centre, aucun moyen d'instruction?

Une réforme s'imposait donc.

Plusieurs fois déjà, s'inspirant des demandes souvent exprimées du corps professionnel, l'Etat en a pris lui-même l'initiative. C'est ainsi qu'en 1847, sur la proposition du ministre Salvandy, la Chambre des pairs vota un projet que la Révolution de 1848 empêcha de passer à l'état de loi. Plus récemment, d'autres projets ont été élaborés au ministère de

l'instruction publique, 1881, étudiés à la Faculté de médecine 1882, et au Comité consultatif d'hygiène, 1885. Aucun n'a abouti.

Il y avait cependant un moyen de réforme rapide et efficace, qu'il eût été facile de mettre en œuvre; c'était celui d'instruire les dentistes. Cette lacune, que l'Etat n'a pas su combler, les dentistes eux-mêmes l'ont fait disparaître.

En 1879, un groupe de confrères, soucieux des progrès de notre art, soucieux même de notre dignité nationale, mirent en commun leur force, leur activité et leur argent. L'union fit leur succès. De leur entente admirable naquit cette Ecole d'odontologie, la première créée en France, et qui entre aujourd'hui dans sa sixième année.

Malgré sa jeunesse, malgré l'isolement dans lequel elle a été délaissée par les pouvoirs publics, cette institution a déjà donné des résultats vraiment inattendus. Deux cent quatre-vingt-deux élèves (le quart des dentistes français), sont venus y apprendre les éléments de leur profession. Voilà donc autant de praticiens qui n'ont point voulu profiter des licences de notre législation actuelle. Ils auraient pu, en effet, s'établir sans avoir fait d'études spéciales, sans avoir subi d'examens; ils ont cependant préféré venir consacrer deux et même trois années à acquérir les connaissances nécessaires pour l'exercice de leur profession. Quelques-uns, après avoir été élèves, sont devenus à leur tour professeurs, chefs de clinique, démonstrateurs, rendant ainsi à leurs cadets l'instruction qu'ils avaient reçue de leurs aînés. C'est donc bien, comme vous le voyez, l'Ecole des dentistes français.

Certes, nous ne voulons pas faire de comparaison blessante, mais nos résultats surpassent de beaucoup ceux de certaines facultés somptueusement entretenues par l'Etat.

Les personnes qui pourraient nous objecter la faiblesse de nos études, n'ont qu'à parcourir l'ensemble de notre programme. Tant au point de vue théorique que pratique, notre enseignement nous paraît très suffisant pour former de bons praticiens, de bons dentistes. Car notre prétention n'est point de faire des chirurgiens, ni des médecins.

Pour le relèvement, pour les progrès de leur art, les dentistes français ont ainsi réalisé eux-mêmes tout ce qu'il était possible de faire.

Placée au-dessus de tout esprit de coterie et de parti, notre école reste ouverte à toutes les réformes utiles, prête à s'inspirer de toutes les idées, de toutes les méthodes, de toutes les personnes qui peuvent la pousser dans la voie du progrès.

A côté d'elle, et pour lui servir de complément, nous avons dû créer un service clinique. Depuis sa fondation plus de 30,000 malades y ont été soignés ; l'affluence y est de jour en our plus considérable. N'est-ce pas là le meilleur éloge des soins donnés par nos élèves ? Nous avons intallé des services dentaires à Saint-Anne et à Ville-Evrard, où des élèves sont

allés, sous la direction d'un de nos professeurs, porter les secours de notre art aux malheureux déshérités de ces établissements. Nous avons également donné les soins nécessaires à des orphelinats, à des asiles, et à quelques écoles communales de Paris.

Au point de vue de l'enseignement, nous avons opéré quelques réformes. C'est ainsi que nous avons complété notre laboratoire de prothèse, pour y démontrer aux élèves, tout ce qui a trait à cette importante partie de notre profession, et créé un laboratoire de micrographie. Nous avons même envoyé à l'étranger un de nos professeurs adjoints, pour y étudier certains procédés nouveau d'aurification.

Le nombre des élèves s'est encore accru d'une façon considérable ; il nous en est venu de tous les points de la France, de l'étranger, de l'Amérique, preuve incontestable que, même au loin, notre enseignement est reconnu bon. Nous avons cependant voulu en élever encore le niveau en augmentant la durée de la scolarité ; désormais les élèves n'obtiendront leur diplôme de sortie, qu'après avoir fait trois années d'études, portant au point de vue théorique :

La 1re sur les sciences naturelles;

La 2e sur la médecine en général ;

La 3e sur l'Odontologie en particulier.

Tel est l'état actuel de notre école. Aussi, M. Evelin qui est venu, délégué par le Ministre de l'Instruction publique, en étudier le fonctionnement nous a t-il félicité de la situation prospère dans laquelle il l'a trouvée.

Sans méconnaître les services rendus par les personnes qui ont bien voulu nous honorer de leur appui, ou de leurs sympathies, voilà ce que nous avons fait, avec nos propres ressources.

L'Etat est jusqu'à présent resté étranger à tous ces efforts. Nous en attendons encore la personnalité civile, cette récompense qui nous est si bien dûe et sans laquelle il serait impossible de fonder une œuvre puissante et durable.

Notre municipalité nous a mieux accueillis. Cette année même, elle nous a compris dans les faveurs dont elle a toujours su honorer les arts, les sciences, le travail, le progrès. Aussi, grande est notre reconnaissance ! car nous la mesurons surtout à ce que cette libéralité nous promet pour l'avenir.

Il faut à toute œuvre humaine un soutien plus durable que l'énergie et les efforts de ceux qui la fondent. Eh bien, ce soutien nécessaire, nous l'avons trouvé, nous, dans cette généreuse Ville de Paris. Qu'elle nous prenne désormais dans sa barque : sa devise deviendra la nôtre ; sûrs de l'avenir de notre Ecole, nous n'aurons plus à craindre les orages.

Fluctuat nec mergitur

Lorsque le roi Louis XIII, pris d'un louable penchant pour les chirurgiens, se fit agréger en leur confrérie de Saint-Côme, il ajouta une fleur de lys en abysme à leur blason.

Assurément ce n'est point ce que nous demanderons à notre Conseil municipal....

Le jour où il voudra nous honorer, il nous dotera d'un grand et beau bocal digne de lui, digne de notre enseignement, digne des services que nous pouvons rendre à cette partie pauvre et ouvrière de la population parisienne pour laquelle il a toujours eu une si louable sollicitude. Alors l'Ecole dentaire de Paris sera vraiment une institution municipale. Les exemples du passé sont là pour encourager les plus ambitieuses espérances.

Vers 1260, à la demande de Jean Pitard, son chirurgien, Saint-Louis, fonda le collège de chirurgie, en lui donnant pour siège l'église des Cordeliers.

Pour mériter pareille faveur, la chirurgie dentaire a des titres, qui, sans égaler ceux de la chirurgie générale, n'en sont pas moins très sérieux, malgré l'opinion de quelques esprits qui veulent lui donner une origine toute moderne et faire table rase de son passé. Non, l'Odontologie n'est pas née d'hier. Ceux qui la font aussi jeune, ont sans doute quelque intérêt à cacher ses origines. Nous en avons, nous, français, un très grand à les connaître, et surtout vous, messieurs les élèves, qui devez être fiers de la profession que vous avez choisie. Nous rencontrons encore, et même chez nous, de telles préventions contre notre art, qu'il n'est pas inutile de remonter à ses débuts, de rechercher et faire valoir ses titres de noblesse.

Permettez-nous donc, Mesdames et Messieurs, ces deux mots d'histoire.

Les connaissances qui servent de base à la science et à l'art du dentiste, remontent fort loin dans le passé ; c'est un fait incontestable, ainsi que l'ont démontré les recherches bibliographiques de quelques auteurs, et surtout celles toutes récentes d'un de nos professeurs, le docteur L. Thomas. Laissons de côté Hippocrate, Galien, Aristote, Aetius, Aurélianus, Paul d'Egine, Rhazez, Avicenne, Albucasis..... qui se sont incidemment occupés de notre art, dans leurs traités généraux, et arrivons aux travaux spécialement écrits sur les dents.

L'auteur qui eut le mérite d'ouvrir la voie, est un Français, un chirurgien de cette brillante école lyonnaise qui nous a donné tant de noms illustres et qui tient encore une des premières places dans la chirurgie. En 1582, Urbain HÉMARD, chirurgien du cardinal Georges d'Armagnac publia en français

un ouvrage qu'il présentait ainsi au public (1).

Recherche de la vraye anatomie des dents, nature et propriétés d'icelles, où est amplement discouru de ce qu'elles ont plus que les autres os, avecque les maladies qui leur adviennent et les remèdes.

Quelques publications avaient bien précédé celle-là, mais toutes étaient relatives à la structure des dents, à leur distinction, alors tant controversée, d'avec les os, ou n'étaient que des recueils de sentences, de préceptes vulgaires ou excentriques, tirés des anciens. L'ouvrage d'Hémard, quoique peu étendu, est à juste titre considéré comme le premier document sérieux qui ait été écrit sur la pathologie dentaire. Il signale certaines anomalies, notamment celles des dents canines ou œillères et relève l'erreur populaire touchant leur extraction. A propos des dents de sagesse, il signale les accidents qui abusent souvent les médecins ; et raconte ceux qu'aurait éprouvés de la sorte son contemporain Vésale. On y trouve encore des données sur les maladies et la chute des dents, leur consolidation après ébranlement traumatique, sur la gingivite, la fétidité de l'haleine...., enfin diverses indications de traitement.

Vers la même époque, A. Paré donna dans ses œuvres complètes (1582) une description exacte des dents, parla de la transplantation, des pièces artificielles et décrivit plusieurs obturateurs palatins.

Au XVII[e] siècle, le nombre des ouvrages sur les dents augmenta avec le développement des lettres et des sciences.

Citons, pour ne parler que des plus connus, ceux de :

Armand Gille, 1621.

De Dupont, 1633, qui conseille contre le mal de dents un nouveau remède, *consistant à extraire la dent malade et à lui en substituer une autre prise* (sic), *au choix du patient, sur un mort ou sur un vivant.*

De Martin, 1679, qui était apothicaire de S. A. S. M. le Prince. Ce dernier auteur explique la nature des dents, expose, avec assez de méthode, quelques unes de leurs maladies, mais sans précision et trop succintement, pour qu'un dentiste puisse y puiser les éléments de sa profession. Il y passe absolument sous silence les diverses opérations dentaires qui étaient cependant, dès cette époque, assez connues, à en juger par les descriptions de Dionis et de Garengeot.

Fleurimont, 1682 ;

Duverney, 1683, qui, dans un mémoire lu à l'Académie des sciences, démontra l'analogie embryogénique des dents avec les ongles, les cornes, les plumes et les poils.

Lahire, 1699, qui fit devant la même Académie une savante dissertation sur les dents.

---

(1) Lyon, B. Rigaud, in-8°, 90 pages.

En résumé, les auteurs qui pendant les XVI[e] et XVII[e] siècles, écrivirent spécialement sur les dents, ne s'occupèrent guère que de leur anatomie, Les quelques notions pathologiques émises dans leurs travaux et celles plus superficielles encore, contenues dans les ouvrages de chirurgie générale ne purent constituer, tant au point de vue théorique que pratique, les fondements de l'odontologie. Aussi, l'art dentaire ne fut-il pratiqué que par des empiriques, des ignorants, dont Dionis, en 1707, flétrit énergiquement le charlatanisme et l'imposture.

Le XVIII[e] siècle fut fertile en ouvrages sur les dents et ce qui est à noter, c'est qu'avec leur nombre s'accrut aussi leur importance.

Le plus remarquable est celui de Pierre Fauchard qui, avant d'être à Paris le premier des dentistes du règne de Louis XV, fut chirurgien-major des armées navales. Les deux volumes, que cet auteur fit paraître en 1728, forment un traité complet et méthodique de l'art du dentiste et semblent avoir servi de base à tout ce qui a été fait et écrit depuis, en même temps que de guide, *de vade mecum*, à tous les praticiens. C'est l'opinion qu'exprimait ainsi en 1821, un vétéran de la profession, M. Audibran : « Les écrits de Fauchard, sont encore de nos jours ce qui existe de mieux sur l'art du dentiste ; ce sont ces écrits qui ont formé nos praticiens les plus distingués. Il est, en effet, impossible d'exposer avec plus de clarté et de démontrer avec plus d'évidence, les préceptes d'un art qui participe à la fois de la médecine et de la chirurgie ; sous ce rapport quels que soient les progrès qu'on ait faits depuis, aucun ouvrage ne peut soutenir la comparaison avec le traité de Fauchard. »

Dans cette forme, Fauchard n'eut pas de devancier ; mais il eut beaucoup de copistes chez ses contemporains et même parmi nos modernes. Nous rapportions naguère au Congrès de Grenoble, l'histoire d'une maladie à laquelle nous avons proposé de donner le nom de Fauchard, parce qu'il l'a le premier citée et parfaitement fait connaître. Quelques auteurs, presque contemporains, l'ont cependant décrite comme une maladie nouvelle, et même un étranger encore vivant, n'a pas craint de la désigner sous son nom. Un peu moins d'oubli et un peu moins d'injustice envers « *le chirurgien-dentiste* » de 1728, eussent été de pure bienséance.

Comme d'un seul jet, l'art dentaire se trouva constitué par Fauchard, qui sut réunir les connaissances acquises, les accroître, les compléter, et en faire une science nouvelle, une branche de la médecine. Ses successeurs ont perfectionné certains points, mais n'ont que fort peu ajouté depuis à cette œuvre magistrale, je devrais dire *géniale*.

Fauchard fut, en effet, un génie créateur. Ce n'était ni les

ouvrages spéciaux, ni les traités de chirurgie de l'époque, ni même les leçons de son maître Poteleret, qui pouvaient lui fournir les éléments de la science qu'il sut édifier. Il eut, pour ainsi dire, à créer de toutes pièces l'art dentaire, dont le bilan scientifique était nul. Il n'a pas failli à cette tâche, et a, du même coup, réhabilité la profession de dentiste. Aussi, n'est-il pas étonnant que les étrangers nous l'envient.

« Saluons donc cette grande et belle figure que nous voyons surgir tout à coup au seuil du XVIIIe siècle, et qui vient, comme une étoile brillante, marquer l'ère nouvelle de la chirurgie dentaire. Désormais le nom de Fauchard indiquera, dans l'histoire de cette science, une époque de renaissance, de régénération, que le sentiment universel a consacré depuis longtemps, en lui décernant le titre si bien mérité de *Pater dentista.* »

Les autres travaux français, postérieurs à Fauchard, font honneur à notre fécondité. A en croire le *Journal des scavants* (1), on aurait plus écrit sur les dents que sur nulle autre partie de la chirurgie. Nous même, au cours de certaines recherches bibliographiques, n'avons pas trouvé moins de deux mille publications françaises écrites sur les dents, sans compter les articles divers, parus dans les journaux et les communications faites dans les Sociétés savantes.

Sans vouloir en faire une énumération complète, je dois cependant, MM. les Elèves, vous citer quelques uns de ces auteurs, pour que vous n'ignoriez point les noms de vos ancêtres. Tels sont : Geraudly Bunon, Lécluse, Bourdet, Jourdain, Mouton, Mahon, Colondre, Botot, Dubois de Chemant, Hébert, Ricci..., et si nous passons à notre siècle : Duval, Laforgue, Gariot, Baumes, Delabarre, Maggiolo, Audibran, Fonzi, Miel, Lemaire, Serres, Maury, Oudet, Toirac, Delmont, Marmont, Talma, Catalan, Goblin, Taveau, Desirabode, Regnart, Delestre. Je clos ici la liste avec les morts. N'oublions point les chirurgiens, les savants illustres qui n'ont pas dédaigné de collaborer à l'édification de notre science: Tenon, Gensoul, Fournier-Pescay, Léveillé, Murat, Cuvier, Rousseau, Marjolin, Guersant, Beclard, Geoffroy St-iHlaire, Blandin, Donnet, Bégin, Duvernoy, Robin, que nous venons de perdre. Un grand nombre de ces ouvrages sont écrits dans un style et avec une finesse d'observation, que nous serions heureux de retrouver dans beaucoup de productions contemporaines. Quelques-uns marquèrent un progrès, non seulement pour l'art dentaire, mais encore pour la médecine.

Sur les plans de l'ouvrage de Fauchard, qu'il se plaît à nommer son maître et son guide, BOURDET, composa un

---

Trousseau, biographie de Fauchard, Abeille, 1863.

(1) *Journal des scavants* de Décembre 1756, 2 vol. p. 2518.

traité, qui sans être original, n'en est pas moins purement écrit, méthodiquement exposé, et sera toujours d'une fructueuse lecture pour le dentiste.

JOURDAIN, fit pour les maladies de la bouche, ce qu'avant lui, Fauchard. avait fait pour les maladies des dents. Ses deux traités sur les affections du sinus et sur les maladies de la bouche, font honneur à ses connaissances médico-chirurgicales. Ils prouvent en outre que la médecine et la chirurgie ne doivent point être étrangères au véritable dentiste et qu'elles peuvent aussi être heureusement servies par lui. En complétant, au point de vue médical, l'œuvre de Fauchard, Jourdain recula les limites de notre art ; à ce titre, il a droit à notre reconnaissance.

BUNON, LAFORGUE, MAHON. observateurs raffinés, s'attachèrent à décrire l'influence des maladies du corps sur le développement et la structure des dents. La lecture de leurs ouvrages est à conseiller aux auteurs plus modernes qui se sont occupés de l'*érosion dentaire*. Ils trouveront là, ainsi que dans Duval, qui le décrit sous le nom d'atrophie des dents, des détails fort intéressants sur cet état pathologique, encore tant controversé.

DUVAL, DELABARRE, OUDET, MAURY, TOIRAC, MIEL, DELESTRE..., mirent au jour un certain nombre de faits originaux ou laissèrent dans des traités classiques, une exposition complète de la chirurgie dentaire à leur époque. Par leurs travaux, ces auteurs qui n'étaient que des dentistes, s'élevèrent au premier rang du corps médical.

Leur éclat ne vient pas seulement de leur valeur professionnelle, mais bien encore de la qu'ils surent se créer dans l'ordre social. Ils possédaient, pour la plupart, une instruction profonde qui devait nécessairement les élever au-dessus de leur pratique courante. Aussi retrouvons-nous quelques-uns d'entre eux adonnés au commerce des lettres et des arts.

L'un deux, LÉCLUSE, a laissé une certaine réputation au théâtre. Avant d'être dentiste, il débuta à l'Opéra-Comique en 1737. Quarante ans plus tard, après ses succès professionnels, nous le retrouvons à la tête d'un théâtre qu'il fait construire au coin des rues de Boudy et de Lancry. Ici, la fortune ne lui sourit point, il est réduit à s'engager comme acteur dans son propre théâtre, passé en des mains étrangères. Les hasards de cette existence ne nuisirent pas toutefois à ses relations. Il fut étroitement lié avec Voltaire, qui en parle souvent, et en termes très flatteurs. Durant un séjour qu'il fit à Ferney, on le chargea de donner des leçons de déclamation à Mlle Corneille.

C'est probablement dans ces relations, que Lécluse conçut l'idée de quelques pochades amusantes, telle que : la *Dissertation du petit souper, dérobée au chevalier du Pélican*. La *lettre de M. de Lécluse, seigneur du Tillay, à M. son Curé*, est une spirituelle facétie que quelques auteurs ne craignent pas

d'attribuer à Voltaire lui-même. Nommé dentiste du roi de Pologne, Lécluse, resté toujours quelque peu bouffon, disait en plaisantant qu'il avait été nommé à cette place le jour où Sa Majesté perdit sa dernière dent.

Si Lécluse fut l'ami de Voltaire, Jourdain, son élève, fut celui de Fréron. Aussi, malgré ses importants travaux scientifiques, Jourdain fut-il un des collaborateurs de l'*Année littéraire*. Il appartenait, d'ailleurs, à une famille de savants : les biographies de son père et de son grand père figurent dans l'Encyclopédie de Didot.

Duval connaissait à fond les classiques grecs et latins qu'il a minutieusement dépouillés pour écrire ses recherches historiques sur l'Art dentaire. Il était très apprécié dans le monde par son esprit, par ses spirituelles causeries.

Miel sut faire marcher de front la dentisterie et les arts, notamment le dessin et la musique. Son talent musical le fit admettre dans l'intimité du chancelier de Lacépède, de même que son amour de la science en fit le protégé de Cuvier.

Un autre dentiste fut encore célèbre par le nom qu'il portait : celui de son oncle, le tragédien Talma.

A une époque beaucoup plus rapprochée de la nôtre, un confrère d'une grande valeur s'était fait l'émule de Lécluse. Nous voulons parler de Toirac. Son esprit, sa verve, l'avaient placé aux premiers rangs dans les phalanges du Caveau, et le faisaient rechercher dans la haute société parisienne.

C'est avec ces hommes éminents par leur savoir professionnel, par leur instruction scientifique et littéraire que notre art dentaire s'imposa aux autres nations.

Au commencement du siècle, en effet, et à la fin du précédent, la mode était aux dentistes français, comme elle fut plus tard à ceux d'autres nationalités. Chaque cour, chaque souverain, grand ou petit, avait un dentiste français à Paris, quelquefois même auprès d'eux. C'est ainsi que plusieurs de nos aînés passèrent à l'étranger pour y porter notre talent, notre savoir, et pour s'y créer d'avantageuses situations. Nous devons ajouter à leur louange que ce n'était pas un simple caprice de la mode. Ce choix était basé sur une réelle supériorité. La preuve, c'est que, à l'étranger, nos ouvrages sur l'art dentaire étaient traduits et y devenaient classiques. Nos devanciers savaient donc exporter aussi bien leur science que leurs soins.

Ce sont deux dentistes français, Dubois de Chémant et Planteau, qui introduisirent en Angleterre et en Amérique la fabrication des dents minérales en porcelaine, véritable révolution dans l'art dentaire. Un autre français, de Cosson, s'expatria en 1792, et pendant cinquante ans fut un des premiers dentistes d'Angleterre.

Il est bon de rappeler au Nouveau-Monde, qui semble revendiquer aujourd'hui l'honneur d'avoir créé l'odontologie,

que deux chirurgiens français lui en portèrent les premiers éléments.

L'un Joseph LEMAIRE, accompagna comme chirurgien les volontaires qui, sous les ordres de Rochambeau et La Fayette, allèrent aider la jeune République à conquérir son indépendance. Il n'était pas, paraît-il, sans adresse pour toutes les opérations dentaires et surtout pour la transplantation des dents. Il avait même dû pousser loin l'étude de ce procédé, puisque, dans un journal de Philadelphie de l'époque, il offrait trois guinées pour chaque dent de devant saine, à toute personne disposée à en faire le sacrifice. Jacques Gardette le cite comme un de ceux qui avaient la réputation d'éminent dentiste à Philadelphie, quand il y arriva en juin 1784.

Joseph Lemaire ne se borna pas à être praticien. Il fit école, il enseigna son art à quelques personnes, ce qui, dit un ouvrage américain, peut être regardé comme le commencement de la profession dans ce pays.

La pratique enseignée au loin par notre compatriote était déjà singulièrement perfectionnée, à en croire le prospectus d'un de ses élèves, Josias Flagg (1781, 1790), qui « guérit les caries, les soulage de la douleur sans les arracher; transplante les dents, rattache celles qui sont branlantes; rétablit les dents avec des feuilles d'étain ou d'or, et les rends aussi solides et utiles que les dents saines, et cela sans douleur pendant l'opération; fait les dents artificielles et les fixe d'une façon indépendante, solide, et propre à rendre service recoud les becs de lièvre et fixe les voûtes et palais d'or, aidant la prononciation et la déglutition ; enlève les défectuosités des dents et leur rend leur blancheur, leur solidité, sans scie, lime ou acides, et tels remèdes abusifs qui se sont glissés dans la profession et qui ont détruit la confiance du public ; vend en gros et en détail avec leur mode d'emploi : dentifrices, teintures, pastilles, mastic, brosses à dents et à gencives, propres à tous les âges à tous les sujets à tous les climats... »

Les prospectus que nous recevons aujourd'hui ou que nous lisons à la quatrième page des journaux, n'en promettent pas davantage et en tiennent peut-être moins encore.

L'autre français était encore un chirurgien de marine, Jacques GARDETTE, qui se fixa à Philadelphie en 1784, et qui s'adonna avec un très grand succès à la pratique dentaire, durant une période de 45 ans. Les Américains le placent au nombre de leurs meilleurs dentistes. On lui attribue quelques découvertes, entre autres l'application du principe de succion, pour la rétention des dentiers supérieurs. Mais c'est là une erreur, à moins qu'on n'ait voulu attribuer cette application à un français, devenu américain, pour l'enlever à Fauchard (1), le premier qui en ait fait mention. Il fut aussi l'un des pre-

(1). Edit. de 1746, T. 11, p. 352.

miers dentistes qui substituèrent l'or en feuilles au plomb, dans l'obturation des dents.

Ce récit n'est point de fantaisie; nous l'avons emprunté tout entier à des documents américains qui ne sauraient être suspects. (1) En odontologie, comme en bien d'autres sujets, cette fois encore, les Français allèrent à l'étranger semer des idées qui y ont germé et qui, depuis lors, nous sont souvent revenues comme originales.

Nous voulons bien, jusqu'à un certain point, nous reconnaître tributaires de l'étranger, de l'Amérique, notamment. La dégénérescence anatomique des dents a, dans ce pays, favorisé un développement considérable de la profession de dentiste. Par suite, l'industrie dentaire, d'ailleurs, encouragée par le caractère et le savoir faire américain, a pris un grand essor et a réalisé des progrès incontestables. L'Amérique nous fournit sans doute notre outillage, mais elle aurait tort d'oublier que nous lui avons fourni, que nous lui fournissons même encore la partie scientifique de notre art, ce qui, à mon sens, constitue réellement l'odontologie.

Mais ces questions de nationalité, de priorité, sont loin de nous préoccuper et surtout de nous diviser. La science est une à travers les âges comme à travers les espaces, et prenons-la telle qu'elle est, sans discuter sa source. C'est guidés par ce sentiment que nous avons ouvert notre Ecole, en faisant appel à tous les talents, à toutes les lumières, sans distinction de nationalité. Nous n'avons point hésité à emprunter à l'Amérique un de ses meilleurs praticiens, le D[r] Levett, pour apprendre à nos élèves la dentisterie opératoire. Il est vrai que notre collègue a cessé d'être étranger pour nous, non-seulement par ses lettres de naturalisation, mais encore par le dévouement qu'il a apporté à notre œuvre.

Cette exportation faite par nos devanciers de leur soins, de leur science, de leur enseignement, prouve surabondamment que les étrangers furent d'abord et pendant longemps nos tributaires; ils n'avaient encore aucun nom, aucune œuvre à nous opposer, alors que chez nous, l'Odontologie était déjà solidement constituée par une succession de praticiens illustres, par un grand nombre d'ouvrages spéciaux. C'est donc bien à la France, ainsi que j'ai essayé de vous le démontrer, que revient l'honneur d'avoir établi les fondements de la chirurgie dentaire, cette branche de la médecine.

A tous les auteurs du passsé, je pourrais, s'il n'étaient encore contemporains, en ajouter de plus modernes qui ont perpétué les traditions de leurs ancêtres, qui ont comme eux produit des travaux de première valeur, qui ont tenu haut le drapeau de l'Odontologie française et de son école.

---

(1) A. History of dental and oral science in America, Philadelphia, S. White, 1876.

Qu'il y ait eu dans l'existence de cette Ecole un moment de léthargie, un moment d'éclipse, je le veux bien, et vous en ai même montré la cause ; mais avec de tels antécédents, elle ne pouvait manquer de se relever. Or, l'heure du réveil a sonné le jour où nous avons inauguré cet enseignement professionnel déjà si prospère.

Me permettrez-vous d'ajouter encore que même les honneurs n'ont pas manqué aux dentistes? Quelques-uns furent agrégés au collège de chirurgie, suivant ainsi pas à pas les progrès d'une science, dont l'Odontologie reste toujours tributaire.

Deux ont fait partie de l'Académie de médecine : Duval, Oudet. A plusieurs reprises, le gouvernement a récompensé leur talent, leur mérite, et peut-être aussi a-t-il voulu reconnaître les services réels du corps des dentistes en donnant à plusieurs d'entre eux la croix de la Légion d'honneur.

Vous voyez donc, messieurs, que par leur mérite scientifique, par leur talent professionnel, par le rang qu'ils ont su occuper dans l'ordre social, les dentistes français ont formé de tous temps un corps lettré, instruit, distingué, auquel on peut appartenir sans honte.

Et maintenant, permettez-moi d'adresser quelques mots aux nouveaux diplômés, à ceux qui vont quitter l'Ecole pour entrer dans la vie professionnelle.

N'est-il pas de mon devoir, chers élèves, de vous instruire de la nouvelle existence dans laquelle vous allez entrer, de vous donner ces derniers conseils que l'on donne habituellement aux enfants qui vont quitter la maison parternelle ?

Les progrès sont rapides dans notre art ; aussi gardez-vous de fermer vos livres, si vous ne voulez être dépassés par vos confrères.

Pour réussir, il vous faut continuer un travail assidu ; il vous faut, par dessus tout, aimer votre profession avec ardeur. Le succès ne manque jamais à ceux qui donnent leur cœur à leur œuvre.

Ne vous laissez point décourager par les lenteurs de la clientèle. Dans toutes les carrières libérales, on est toujours profondément désappointé au début, de voir le public ne pas apprécier à leur valeur les services qu'on lui rend. Et le public a raison. Quoique sortis de l'Ecole, vous avez encore besoin de nouvelles études pour vous perfectionner le goût, d'un travail méthodique, d'une concentration de vous-même, pour accroître, pour murir vos forces intellectuelles. Or, tout cela n'est pas l'œuvre d'un jour.

Vous trouverez dans votre éducation, dans les conseils de vos maîtres, les moyens de réfréner l'impatience inquiète, et de triompher des épreuves, des obstacles. Car vous en rencon-

trerez, et je vous en souhaite même, pour stimuler vos efforts.

En tout état de choses, quelle que soit la situation dans laquelle vous vous trouverez.

Accomplissez régulièrement votre tâche de chaque jour;
Agissez au mieux des intérêts de vos malades;
Agissez honnêtement avec vos confrères;
Ecoutez enfin les inspirations de votre conscience;
Vous aurez ainsi, quoi qu'il arrive, rempli vos devoirs d'honnête homme et d'honnête praticien; et je puis vous assurer que par surcroît les succès rénumérateurs ne vous manqueront point.

La connaissance que j'ai de votre conduite, de votre habileté, des résultats satisfants de vos examens, me fait bien augurer de vous. Nous espérons que vous représenterez avec distinction l'Ecole à laquelle vous avez appartenu, et que dans les nouvelles phases de votre existence vous n'oublierez point tous les professeurs qui se sont dévoués à faire de vous des praticiens instruits, capables de mériter l'estime du public. Et soyez convaincus que leur tâche était souvent pénible venant après les durs labeurs de leur pratique journalière.

En restant attachés a ceux qui ont tant contribué à votre instruction, vous augmenterez la phalange des partisans dévoués de notre Ecole, vous lui apporterez de nouvelles sympathies, et vous acquitterez ainsi la dette de reconnaissance que vous avez contractée envers elle.

COMPTE-RENDU (1)

du

Discours de M. BROUARDEL

M. Brouardel commence par protester spirituellement contre les appréciations de M. le Directeur qui dit-il à abusé de la forme académique pour le couvrir d'éloges, il recommande à ceux qui seront appelés à présider à l'avenir des réunions semblables de se défier des discours de M. le docteur David, et il ajoute :

---

(1) Ne pouvant donner une reproduction in-extenso de la brillante improvisation de M. le professeur Brouardel nous en donnerons un compte-rendu aussi exact que possible. On nous pardonnera cette reconstitution imparfaite, les fonctions multiples de président du Conseil d'hygiène l'ont forcé de quitter la France pour quelques jours et les nécessités de notre tirage nous forçent de paraître sans avoir pu lui communiquer nos notes et nos épreuves.

Cette petite querelle entre lui et moi étant vidée, je passe à un autre ordre d'idées.

En lisant les palmarès de votre école, j'ai remarqué, que tous ceux qui avant moi, ont été appelés à l'honneur de vous présider, avaient tenu au début de leurs discours à expliquer pourquoi ils étaient venus. La présidence des chirurgiens Trélat et Verneuil était justifiée par les rapports de la chirurgie avec l'art dentaire, celle de physiologiste P. Bert par ses travaux sur l'anesthésie. Un médecin comme moi, ne peut vous apporter que des encouragements, et vous dire : de persévérer dans la voie ou vous êtes entré. Vous avez voulu rompre avec une tradition mauvaise et je vous en félicite.

Comme le docteur David nous pouvons regarder en arrière, et examiner brièvement ce qu'était le dentiste d'il y a soixante-dix ans, le dentiste tel que l'avait fait la loi de Ventôse de l'an XI, tel que l'avait laissé les différents arrêts de la Cour de Cassation. A cette époque et dans les années qui suivirent, il était considéré comme un artiste mécanicien. Vos prédécesseurs se contentaient d'extraire des dents, de les remplacer, en un mot, ils s'en tenaient à la partie purement mécanique de votre art.

Depuis vous avez progressé, vous ne sacrifiez plus sans examen, sans raisons sérieuses, les dents malades vous les soignez, et vous réussissez, il faut bien le dire à les sauver le plus souvent; pour cette partie de nous-mêmes vous êtes devenus des conservateurs heureux et convaincus. Pour cela vous pratiquez des opérations qui n'ont d'égale en délicatesse, que celles qui se pratiquent sur les yeux, en outre vous nous prêtez votre concours en nous adressant des malades atteints de diabète, d'albuminurie, ou de quelque autre maladie locales générale, dont vous avez découvert les manifestations passées inaperçues du médecin. L'un des vôtres n'a-t-il pas enseigné à supprimer la douleur? N'est-ce pas à un dentiste qu'on doit cette merveilleuse découverte de l'anesthésie, une des plus belles conquêtes du siècle.

Après avoir ainsi établi le parallèle entre le dentiste de jadis et celui de maintenant, l'orateur examine des conséquences qui en découlent. Si autrefois il suffisait d'un apprentissage manuel et d'une certaine dose d'aplomb pour se dire dentiste aujourd'hui, que le dentiste manie les poisons et les anesthésiques, cet apprentissage manuel, n'est qu'une partie de ce qu'on doit connaître il faut désormais commencer par un enseignement encyclopédique analogue à celui qui sert de base aux études médicales. Cela n'implique pas que le fait d'être docteur en médecine suffit pour exercer avec compétence votre profession, suivre les cours de l'école spéciale lui est aussi nécessaire, et si le moi, ajoutté finement n'était haïssable je pourrais dire que je ferais un déplorable dentiste, je crois aussi pouvoir le dire de tous mes confrères.

En présence de cette extension de cette transformation une

rèforme s'imposait. Beaucoup pensaient qu'il fallait rattacher l'art dentaire à la médecine, exiger le diplôme de docteur en médecine au moins celui d'officier de santé, d'autres demandaient la création d'un diplôme nouveau, celui de dentiste. Vous avez préféré créer un enseignement spécial, une école dentaire. Quand je vois que cela a été fait sans le concours de l'Etat avec les seules ressources de l'initiative privée je ne peux que vous féliciter, votre succès montre que dans ce bon pays de France, dont on dit tant de mal, on trouve toujours des bonnes volontés, quand on sert une idée juste, une cause généreuse.

Vos efforts ont eu d'autres résultats que la création d'un enseignement technique, je veux dire l'institution d'un groupe corporatif. Je sais tout le mal qu'on a dit des corporations, je connais leur défectuosités. Eh bien pourtant elles ont un bon côté. Elles créent un code de l'honneur professionnel plus rigide que celui du législateur, elles élèvent pour leurs membres le niveau de la moralité. On craint les reproches, le jugements de ses confrères, il y a des peccadilles permises par la loi qu'on s'interdit pour empêcner le blâme de ceux avec qui on est en relations, où recherche leur estime, leur approbation et cela prend une importance capitale. Que de fois dans les professions libérales cette crainte salutaire a empêché des mauvaises actions?

Pour les médecins, pour les avocats les bons effets de la corporation sont notoires il en sera de même pour vous. Pour cette raison encore je me réjouis de vos efforts, de vos succès.

Oui, c'est parceque vous servez l'intérêt général que vous nous voyez ici, que vous pouvez compter sur notre appui à tous.

En terminant je ne puis que vous engager à persévérer dans votre marche en avant et moi aussi comme P. Bert j'espère que de nouveau progrès résulteront de votre œuvre et quoiqu'il arrive il est beau de contribuer à élever le niveau moral et scientifique de sa profession.

Les applaudissements qui avaient souvent interrompu l'orateur redoublèrent quand il retraça les bienfaits des corporations et ce n'est que quelques instants après, que M. le Dr Gérard put prendre la parole.

Discours de M. le Docteur GERARD

Mesdames et Messieurs,

Désigné pour prendre aujourd'hui la parole au nom de l'Ecole dentaire, je dois d'abord exprimer mon regret de ne pas voir les intérêts de cette institution défendus par un collègue plus versé que moi dans l'art de guérir. J'ai cru cependant devoir accepter l'honneur qui m'était fait, en raison du rôle important que les *prétendues* sciences accessoires, auxquelles j'appartiens, jouent dans le développement et le perfectionnement de votre profession. Je veux vous montrer que ces sciences méritent mieux l'appellation de *fondamentales,* car il n'y a pas de branche de la médecine qui ni trouve sa base ou un appui; qu'elles sont indispensables au *nouveau* dentiste qui, rejetant loin de lui l'empirisme qui a régné trop longtemps en maître sur sa profession, veut devenir un véritable savant soucieux de connaître et d'appliquer aux malades qui viennent se confier à lui, les remèdes et les moyens que la science moderne met à la disposition de tous ceux qui la cultivent; en un mot elles sont indispensables au médecin de la bouche.

Je répondrai ainsi à ceux qui me demandent : Quels services pouvez-vous rendre à l'Ecole dentaire?

Quelque soit mon étonnement d'avoir à soutenir cette thèse, je ne faillirai pas cependant, ne fusse que pour convaincre ces derniers, qui ne manqueraient pas de donner une mauvaise interprétation à mon silence. Du reste la tâche est facile. Point n'est besoin d'arguments subtils. La question nous semble fort simple, presque à l'état d'axiome. Un peu de bon sens et de logique suffiront pour la résoudre, et nous voulons que nos conclusions tirent leur poids de la banalité des exemples choisis.

Les cours accessoires de l'Ecole dentaire sont de création toute récente. Il faudra que je vous en donne la raison. Vous reconnaîtrez que leur fondation répond en tous points à cet amour du progrès qui n'a jamais cessé d'animer son conseil de direction et qui se traduit chaque année par ces innovations heureuses qu'il a la satisfaction de vous faire connaître par la voix de son président.

L'esprit humain est ainsi fait qu'il ne se prête pas au premier abord à tous les exercices. Il réclame en toutes choses, une certaine accomodation ou pour employer le langage vulgaire un certain apprentissage. L'évolution peut être accélérée par un travail soutenu et une direction éclairée, mais il ne faut pas oublier que, pour arriver certainement au but, l'éducation doit être progressive, méthodique, sous peine d'être faussée. *Natura non facit saltus :* La nature ne fait de

sauts, disaient les anciens; jamais cette maxime ne trouvera d'application plus juste que dans le développement des connaissances chez l'homme.

L'adaptation progressive des facultés est admise par tous. La société l'impose à ses membres ; mon excellent collègue Aubeau vous le disait naguère. Tous les individus, quelque soit leur position sociale, abordent en premier lieu les études primaires qui leur fourniront les connaissances indispensables pour leur conservation et la défense commune. Pendant cette période les aptitudes se développent et chacun choisit la place qu'il doit occuper. Les uns n'iront pas plus loin et s'en tiendront au strict nécessaire, les autres voulant devenir aptes à remplir des fonctions plus élevées, feront un nouveau stage et entreprendront les études secondaires, à la suite desquelles une nouvelle sélection s'opérera. Pour ceux qui se sont familiarisés avec les matières de cet enseignement, et qui veulent aller plus haut encore, s'ouvrent les carrières libérales et l'enseignement supérieur donné par les facultés, les écoles supérieures : l'Ecole dentaire est de ce nombre.

Parmi les jeunes élèves, qui vinrent frapper à l'origine à la porte de cette école, il s'en trouvait un certain nombre, qui, possédant plus de bonne volonté que de science, n'ayant pas subi cet entraînement dont je vous parlais, il y a quelques instants, devaient perdre pied aussitôt submergés par le flot des connaissances entièrement nouvelles qui les aurait assaillis de toutes parts. Fallait-il les repousser? C'eût été porter le découragement, non seulement chez eux, mais chez tous ceux qui se trouvaient dans le même cas. Les fondateurs firent pour eux un sacrifice, et ils instituèrent des cours préparatoires, qui ne figuraient pas dans leur projet primitif. Ces cours amenèrent ces débutants à la hauteur nécessaire pour profiter de l'enseignement spécial. Mais cette disposition ne pouvait être que transitoire, l'Ecole dentaire ne peut, ne veut et ne doit recevoir, que des élèves ayant des aptitudes suffisantes : Les cours préparatoires ont cessé d'exister, avec l'année scolaire. Faut-il pour cela que ceux qui ne se trouvent pas aujourd'hui dans les conditions voulues, renoncent à tout espoir? Non. Qu'ils consacrent leurs soirées à l'étude, comme ils l'auraient fait du reste, s'ils avaient suivi les cours de l'école ; qu'ils s'adressent à ces grandes sociétés sœurs, rivales pour le bien : les associations philotechniques et polytechnique, qui ont été créées spécialement pour eux, où ils trouveront des maîtres instruits et dévoués, heureux de les compter pour élèves et qui les conduiront sûrement au but, l'examen d'entrée qui a été réduit au minimum des connaissances préliminaires indispensables.

Me voici bien loin de mon sujet. L'on me pardonnera cette digression qui m'a semblé utile à plusieurs points de vue différents. Elle viendra du reste à l'appui de notre thèse en mon-

trant la nécessité plus grande encore ici qu'ailleurs de ces cours accessoires.

L'enseignement secondaire, cette clef de toutes les carrières libérales, permet-il à l'étudiant d'aborder immédiatement l'enseignement professionnel ? La question a été tranchée depuis longtemps. De l'avis de tous, l'étudiant continuant en quelque sorte les études théoriques, restant encore dans les généralités, doit se consacrer tout d'abord à certaines sciences qui semblent à première vue, l'écarter de la voie qu'il doit suivre, mais dont-il reconnaîtra, par la suite, lui-même toute l'importance soit qu'il trouve en elles l'explication de faits nombreux qui seraient toujours, en leur défaut, restés obscurs pour lui, soit en constatant que la plupart des moyens qui sont mis à sa disposition, ne sont que des applications à des cas particuliers de ces principes généraux. J'ajouterai même, sans crainte d'être démenti, qu'il n'y a pas d'études complètes et solides sans elles.

Est-ce parce que ces connaissances générales permettent l'accès aux sciences d'application qu'on leur a donné le nom d'*accessoires?* L'adjectif est mal choisi, vous l'avouez. J'en appelle à Littré, qui définit l'accessoire : « ce qui est regardé comme la dépendance de quelque chose de principal. » Qui est dépendant ici ?

J'ai dit que le principe était admis de tous, mais il est évident que ces connaissances préliminaires ne seront pas toujours les mêmes et qu'elles varieront avec le but poursuivi. Aux Beaux-Arts il existe des cours d'anatomie; la médecine consacre une année entière à la chimie, la physique et l'histoire naturelle; le pharmacien, avant d'apprendre à récolter les drogues, à les analyser, les purifier, et qu'elles sont les réactions qu'engendrent leurs mélanges, consacre un temps plus long encore que le médecin à la chimie générale, la physique et l'histoire naturelle.

Et n'allez pas croire qu'en France seulement, les choses se passent ainsi. Plusieurs de nos voisins vont même plus loin dans cet ordre d'idées. En Belgique, les étudiants en médecine ou en pharmacie doivent d'abord suivre, pendant deux ans, les cours de la Faculté des sciences, et ils ne passent dans les écoles professionnelles qu'après avoir obtenu, les uns, le diplôme de candidat en sciences naturelles, les autres celui de candidat en pharmacie. On leur enseigne là, la physique, la chimie, la botanique, la minéralogie et la géologie. En Espagne, le premier des examens qui conduisent au grade de licencié en pharmacie (1) et qui porte sur la physique, la chimie, l'histoire naturelle et la minéralogie, se passe devant les facultés des sciences mathématiques et naturelles. On

(1) Qui confère le droit d'exercer.

voudrait, il est vrai, qu'il en fût de même chez nous, et l'on a vu ces dispositions introduites dans un projet de loi qui, si je ne me trompe, vient de disparaître mort-né avec la législature dernière.

L'Ecole dentaire a compris qu'elle ne pouvait rester plus longtemps en dehors de la logique, brisant avec l'enseignement préparatoire qui paralysait une partie de ses moyens d'action, elle demandera dorénavant à ses élèves de se pénétrer avant tout, comme leurs collègues des autres écoles, de notions fondamentales. La première année leur sera consacrée. Les matières enseignées pendant ce temps seront : la chimie, la physique, l'histoire naturelle et les éléments de l'anatomie et de la physiologie humaine; le programme porte aussi comme annexe du cours de physique : notions de mécanique. De simples notions de mécanique sembleront insuffisantes à tous ceux qui connaissent les appareils nombreux et compliqués dont l'usage s'est introduit depuis peu chez les dentistes, aussi notre sympathique et dévoué secrétaire-général demande-t-il de toutes ses forces, et avec juste raison, que cette matière devienne l'objet d'un cours nouveau et indépendant.

Pour vous prouver que je ne suis pas tombé dans l'exagération en vous parlant de l'importance des sciences accessoires, je vous rappellerai quelques-unes de leurs applications. Si après cela je n'ai pas réussi à vous convaincre, je ne me considérerai pas encore comme battu et je prierai notre éminent président, le professeur Brouardel, de me prêter l'appui de sa parole éloquente et indiscutable, et il ne me refusera pas, car nul médecin n'est appelé plus souvent que lui à réclamer le concours de la chimie, de la physique, de l'anatomie comparée même pour l'accomplissement de ses hautes et délicates fonctions, au service desquelles il met une science si vaste, une expérience si profonde, qu'il est justement honoré aujourd'hui et regardé comme un des plus fermes défenseurs de notre société.

La chimie trouve de nombreuses applications en médecine. Une foule de remèdes et non des plus mauvais et des moins surs sont constitués par des corps purs nettement définis, l'œuvre du chimiste. Qui vous donne l'iode, l'acide arsénieux, le chloroforme, la morphine, l'acide phénique ? La chimie, n'est il pas vrai !

La physiologie se trouve à chaque instant en rapport avec la chimie; elle lui demande la composition et les propriétés des matériaux qui peuvent être introduits dans l'économie, les transformations qu'ils y subissent lorsqu'ils ont été absorbés; elle lui demande encore la composition des divers organes et celle des liquides qui les baignent. Comment peut-on comprendra la dénutrition si l'on ne sait les liens de parenté qui unissent l'albumine à l'urée et aux principes analogues à la leucine et la xanthine, par exemple ?

La thérapeutique réclame d'elle la composition des drogues et lui demande d'en isoler les principes actifs. Qui ne sait les services précieux que lui à rendu la séparation des alcaloïdes de l'opium : morphine, codéine, narcéine, narcotine qui loin d'avoir des propriétés semblables, ont des actions différentes et se contrarient mutuellement lorsqu'ils sont associés. La démonstration en a été faite avec éclat par notre grand maître Claude Bernard.

L'hygiène trouve en elle son plus ferme auxiliaire. C'est par la chimie que seront décelées les altération de nos aliments, celles de l'eau et de l'air. C'est elle qui confond le falsificateur de nos denrées et le livre au châtiment.

Dans bien des cas le diagnostic est éclairé par les recherches cliniques. La constation et le dosage de l'albumine et du sucre que le médecin ordonne souvent, sont des opérations d'analyse chimique.

La toxicologie est en grande partie l'application de la chimie analytique à la recherche des poisons.

Je ne saurai trop engager le dentiste à cultiver la chimie. Il met en effet en usage dans la prothèse des métaux, des acides, des sels, dont il ne peut se servir avec discernement et par conséquent avec économie que s'il en connaît bien les propriétés. La préparation du protoxyde d'azote n'est pas toujours sans danger, nous en avons une triste certitude.

D'un autre côté, si le nombre des médicaments dont le dentiste fait usage, est relativement peu élevé, il ne faut pas oublier cependant, que ceux-ci possèdent par contre presque tous une action fort énergique, que s'il les applique souvent isolément il lui arrive aussi de les combiner. Dans ce dernier cas le résultat peut ne pas répondre toujours à son attente, car il est certaines substances, appelées pour cela même *incompatibles*, qui ne peuvent être mises en présence sans se décomposer mutuellement. Ce n'est pas tout : à la suite de cette décomposition apparaissent des produits nouveau qui peuvent être inoffensifs ou même totalement inactifs et il serait à souhaiter qu'il en fut toujours ainsi, mais il arrive parfois que le composé inattendu donne lieu à une action toxique ou violente. C'est ce qui arriverait par exemple à celui qui voulant accentuer les propriétés caustiques de l'acide phénique, aurait l'idée d'associer à ce corps l'acide nitrique ; par le simple mélange, il se formerait un corps d'une puissance explosive extraordinaire qui mettrait en danger la vie de l'opérateur et celle de l'opéré. Il en serait de même pour cet autre qui voulant au contraire atténuer l'action de l'acide nitrique, l'étendrait de glycérine formant ainsi inconsciemment de la nitro-glycérine l'agent actif de la dynamite. Ces faits ne se sont jamais produits, heureusement, mais croyez-vous impossible qu'un ignorant ne puisse pas y donner lieu ?

Je devrais maintenant passer en revue les applications de

chacune de nos autres sciences accessoires aux diverses branches de la médecine ; je ne le ferai pas, cette énumération serait fatiguante et pour vous et pour moi. Je me contenterai de vous rappeler que le dentiste qui emploie le galvano-cautère, la lumière électrique, la galvanoplastie, la marmite de Papin, le microscope, prend des empreintes à la cire, fait usage d'alcool, d'éther ne peut être étranger à la physique ; que devant suivre un cours d'anatomie comparée de la bouche il lui est indispensable de connaître au préalable les caractères distinctifs et les habitudes des divers animaux dont on lui décrira avec détail l'armature buccale : les herbivors pulpent leurs aliments, les frugivores les broyent, les carnassiers les coupent. N'y a t-il pas aussi un certain nombre de médicaments et de substances qui sont fournis par le règne animal et qui l'intéressent : l'ivoire, les cantharides, la cire, la cochenille, les sangsues, le corail ?

Le règne végétal lui procure aussi des substances utiles : l'aconit, le pavot, le benjoin, la guimauve, etc. Comment pourrait-il sans la botanique, apprendre à distinguer nettement ces plantes ou, chose plus difficile encore, celles de leurs parties qui plus riches en principes actifs, sont seuls en usage ?

L'importance du cours d'anatomie et de physiologie humaine est telle qu'elle n'échappe à personne.

Avant de terminer, il me semble encore intéressant de vous montrer qu'il n'est pas possible de s'adonner entièrement à l'une de ces sciences et de négliger les autres, car, on les voit bien souvent se prêter un mutuel appui pour permettre la résolution de questions délicates. Pour preuve, je vous montrerai les différentes phases par laquelle est passée la question des bactéries ou microbes. J'espère que la chose vous intéressera car ces petits êtres sont aujourd'hui connus de tous, si ce n'est de fait au moins de réputation.

L'étude de ces algues microscopiques qui furent découvertes il ya plus de deux siècles par Leuwoenhoeck, dans l'eau croupie et aussi dans les liquides qui baignent la cavité buccale resta, jusque dans ces derniers temps, dans le domaine de la science pure. Davaine en démontrant il y a vingt ans que tout être atteint d'affection charbonneuse était infecté du *Bacillus anthracis* (la bactéridie charbonneuse), jeta un jour éclatant sur la pathogénie des maladies contagieuses, et intéressa le médecin à leur étude. Il est maintenant bien établi que toutes les épidémies et la plupart des endémies ont pour origine la transmission de microbes d'individu à individu. Beaucoup croyaient encore récemment que l'action des microbes pathogènes était due entièrement aux désordres qu'apportait leur présence, en nombre considérable, dans certains organes ; cependant on avait remarqué que des phénomènes bien caractérisés s'observaient parfois loin du siège du parasite ; l'on savait aussi que l'on pouvait amener des phénomèmes morbides chez un individu sain en lui ino-

culant des liquides complètement dépourvus de bactéries, mais pris sur un individu contaminé. Ces deux faits donnaient à réfléchir, et quelques-uns en arrivaient même à douter du rôle des infiniments petits. On sait maintenant à quoi s'en tenir. A la suite de nombreux travaux qui ont eu pour cause la dernière invasion du choléra, travaux auxquels les chimistes ont pris une large part, l'intervention de ces derniers montra que les bactéries, se comportant comme la levure, qui donne naissance à l'alcool en agissant sur le glucose, forment aux dépens de l'organisme des corps toxiques, solubles, des ptomaïnes sans doute, qui, en se diffusant, peuvent agir loin de leur lieu de production. Nous avons maintenant deux ennemis au lieu d'un : le microbe à détruire, le poison à compattre. L'avantage est pour nous cependant, car les connaissant bien, nous trouverons plus facilement le défaut de la cuirasse.

Pour revenir à mon sujet : le passage de la question des mains du naturaliste dans celles du chimiste, lui a fait faire un pas immense.

En définitive, l'Ecole dentaire a bien fait de revenir à la méthode et de créer ces cours nouveaux dont l'utilité est incontestable. Elle mérite pour cela tous nos éloges. Comment accueillera-t-elle ces éloges après ceux que les Verneuil, les Trélat, les Bert lui ont prodigués ; lorsqu'elle regarde avec juste raison la présence en cette enceinte de notre éminent maître Brouardel comme une nouvelle marque de haute distinction ? Je ne le sais, mais je puis lui affirmer, que pour partir de moins haut, ils n'en sont pas moins sincères. Ils la soutiendront dans la tâche nouvelle qui lui incombe, car elle se tromperait fort si elle pensait pouvoir goûter maintenant un instant de repos. A l'ère de la fondation, aujourd'hui close, succède celle du perfectionnement. La science jalouse ne permet pas qu'on la néglige un seul instant, et celui qui la cultive lui doit des soins incessants. Lorsque l'on est engagé dans la voie du progrès, tout retard est un pas en arrière, et le stationnement conduit rapidement à la décadence.

L'Ecole s'appliquera d'abord à augmenter ses collections qui faciliteront la tâche du professeur et le feront bien mieux comprendre à ses élèves que l'exposition la plus éloquente sans preuve à l'appui. Dans une école professionnelle, l'enseignement doit surtout parler aux yeux. Un second point sur lequel je veux appeler son attention est l'aménagement intérieur ; mais, je ne me dissimule point qu'elle ne puisse que difficilement réaliser des progrès notables dans cette direction, avant le moment ou le toit qui l'abrite sera le sien. Profitant alors de l'expérience acquise par la reconstruction de nos grandes écoles : la Sorbonne, les Ecoles de médecine et de pharmacie, pour le perfectionnement desquelles l'Etat et la Ville se sont imposés de si lourds sacrifices, elle organisera

ses laboratoires avec tous les appareils que la science nouvelle met à la disposition de ses disciples.

Messieurs les fondateurs, encore du courage ! Un nouveau champ s'ouvre devant vous. Soutenus par le corps enseignant dont le dévouement ne vous fait point défaut, vous le parcourerez avec honneur comme le précédent. Mais combien vous arriveriez plus rapidement au but, si l'Etat et la Ville, éclairés sur la générosité de votre tentative, sur les services importants que votre institution est appelée à rendre, accordaient à vous aussi une protection efficace qui, en vous débarrassant de préoccupations secondaires, vous permettrait, en vous donnant l'indépendance, de vous consacrer entièrement à votre œuvre et d'en affirmer ainsi le succès que j'appelle, vous le savez, de toutes mes forces.

R. GÉRARD.

DISTRIBUTION DES RÉCOMPENSES

LISTE DES LAURÉATS ET DIPLOMÉS DE L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

Année scolaire 1884-85

MM. TRALLERO-RUDESINDO, d'Oliète (Espagne), 1er prix.
EILERTSEN, Paul-Lucien, de Paris, 2e prix.
QUIROGA-TORIBIO, Boado, de Cochabamba (Bolivie), 3e prix.

PRIX DE CLINIQUE

QUIROGA et TRALLERO, pour la 2e année, et M. MAUROU, Gabriel, pour la 1re année.

BARRIÉ, J.-A., de Paris.
BASTIEN, A.-J., à Lyon (Rhône).
BONNARD, J.-E , à Saint-Quentin (Aisne).
BREYER, Ch., à Londres (Angleterre).
Mlle BUSQUET, L.-M., à Paris.
CAZEAUX, L.-T., à Dunkerque (Nord).
CHARLIER, H.-Th., Varennes-en-Argonne (Meuse).
Mme CHAUVIN, A., à Paris.
EILERTSEN, L.-C.P., à Paris.
FAYOT, Ars., à Paris.
GILLARD, L.-E.-A., à Semonches (Eure-et-Loir).
JEAN, Francis, à Cambrai (Nord).
LEFÈVRE, E.-A., à la Varenne-Saint-Maur (Seine).
MÉNANT, E.-L.-D., à Breteuil (Oise).
MÉNÉTRIER, F.-E., à Paris.
PAPOT, E.-J.-A., à Châlons-sur-Marne.
QUIROGA, T.-B., à Cochabamba (Bolivie).
SABLAYROLLES, E.-D., à Saint-Symphorien (Indre-et-Loire).
SCHWARTZ, J.-E., à Colmar (Alsace).
SINTÈS, F., à Alger (Algérie).
TRALLERO, R., à Oliète (Espagne).

Nous sommes fiers de constater que nos séances d'inauguration deviennent de plus en plus des solennités préoccupant non seulement le public professionnel, mais encore tous ceux qui s'intéressent au mouvement des idées en France, que la presse parisienne, la presse départementale ont voulu la faire connaître à leurs lecteurs; cela ne peut que servir le renom du dentiste français, et nous remercions, au nom de tous nos confrères, les journaux qui ont parlé en termes sympathiques de notre œuvre.

Nous citerons notamment : le *Matin*, le *Siècle*, le *XIXe Siècle*, la *France*, le *Journal des Débats*, le *Petit Parisien*, l'*Evénement*, le *Figaro*, la *Gironde*, le *Mémorial des Deux-Sèvres*, le *Progrès de la Somme*, le *Journal d'Amiens*, la *Flandre*, le *Républicain des Hautes-Pyrénées*, le *Phare de la Loire*, l'*Illustration*, le *Journal de Maine-et-Loire*, le *Progrès du Loiret*, l'*Aube*, le *Bien Public de la Côte d'Or*, etc., etc.

La grande salle des fêtes de la mairie du IXe arrondissement avait été heureusement décorée, grâce au concours de M. Benoist, architecte, qui veut bien nous prêter tous les ans son gracieux concours. Nous sommes heureux de l'en remercier publiquement.

L'ODONTOLOGIE DANS L'ANTIQUITÉ

Par le Dr L. Thomas (1)

(Suite.)

CHAPITRE III

L'ODONTOLOGIE DANS GALIEN

Si l'on eût pu réunir l'anatomie et la pathologie de Galien aux notions pratiques des auteurs latins, on aurait un traité qui ne renfermerait rien d'irrationnel et présenterait des données de valeur. On a dit que Galien fut un simple vulgarisateur, qu'il ne fit que rééditer Hippocrate et Aristote; ce reproche, de mode au temps de Boerhaave, permettait de

---

(1) *L'Odontologie*, septembre, octobre 1885.

(2) Κατὰ γόμφωσιν δὲ σύγκεινται οἱ ὀδόντες ἐγγεγόμφωνται γὰρ τοῖς φατνίοις. — *Le médecin*, chap. XII, éd. Kühn, t. XIV, p. 722.

(3) Καλουνται δέ οὐχ οὕτω μονον (γόμφιοι) ἀλλὰ καὶ μύλαι θηλυκῶς, ἐκ μεταφορᾶς, οἶμαι, τοὔνομα λαβόντες, ὅτι τρίβομεν ἐν αὐτοις καὶ λειοῦμεν τὰ σιτία, καθάπερ ταῖς μύλαις τοὺς Δεμετρίους καρπούς. — *Des os*, chap. V, éd. Kühn, t. II, p. 754.

battre en brèche la doctrine traditionnelle ; on a traité d'arguties ses hypothèses ; il est facile de formuler une pareille accusation, il l'est moins de rencontrer une puissance de dialectique égale à celle du médecin de Pergame, une largeur de vues comparable à la sienne. Il accepte les données anatomiques d'Aristote, mais il les expose en maître et les augmente de son expérience personnelle. Comme lui, il divise les dents en incisives, canines et maxillaires; il appelle de préférence ces dernières dents enclavées, d'après leur mode de fixation aux alvéoles (2) ; on leur a donné plus tard seulement le nom de molaires parce qu'elles servent à triturer la nouriture comme la meule sert à broyer le grain (3). Quoiqu'en disent les sophistes, les dents sont des os ; leur dureté et leur structure ne permettent point de les ranger à côté d'autres organes; mais elles reçoivent des veines et, chose plus intéressante, des nerfs qui leur viennent du cerveau (1) ; on s'explique ainsi qu'elles possèdent une exquise sensibilité.

Leurs maladies sont nombreuses ; outre les douleurs qu'elles produisent, elles ont pour inconvénient de troubler la parole et la mastication. En première ligne viennent les *dispositions vicieuses*. Les dents sont parfois placées de telle sorte qu'elles se correspondent irrégulièrement, les incisives du haut ne répondant plus à celles du bas ; on observe cette anomalie chez des individus qui présentent une forme particulière de la face (2) et une tendance marquée aux suppurations des narines.

Des affections accidentelles sans rapport avec la constitution et le développement du squelette, beaucoup sont vulgaires et visibles pour tous : les dents sont perforées, noires ou détruites, elles sont le siège de douleurs superficielles ou profondes. Certains ne veulent pas que ces douleurs siègent dans l'organe lui-même, mais au voisinage; les os, disent-ils, n'étant pas sensibles, ne peuvent souffrir. Le limage est indolent (3); c'est juste; il n'en est pas moins vrai que les dents sont le siège de douleurs spontanées; qu'elles s'enflamment malgré leur consistance pierreuse; Galien en a eu la preuve dans des observations faites sur lui-même. Il y a trois espèces de douleurs : l'une a son siège dans la dent; la seconde tient à la gingivite du voisinage; la troisième à la compression du nerf. La preuve que ces douleurs se combinent, c'est que l'avulsion ne les fait pas complètement dis-

(1) *Des os*, chap., v, K. II, 754.

(2) Καλοῦσιν οἱ ἄνθρωποι τούτους μάλιστα φοξούς. — Comm. I au livre VI des *Epidémies d'Hippocrate*, chap. III, éd. K. XVII, I, 815.

(3) ...Ὥσπερ ὅταν τῇ καλουμένῃ ῥίνῃ τὰς ὑπεροχὰς αὐτῶν ἀναγκασθῶμεν πρίζειν.

paraître; elles sont seulement diminuées par l'enlèvement de l'organe et parce que le nerf peut respirer, tandis qu'auparavant il était comprimé au fond de l'alvéole et en dehors de l'action des médicaments.

Les dents enflammées deviennent, au bout d'un certain temps, livides. Celles dont les opposantes ont été extraites, s'allongent, elles se nourrissent plus que dans les conditions normales. Il faut dire que l'excès et le défaut de nutrition sont également funestes : le premier conduit à l'inflammation; à la suite du second, elles deviennent ébranlées et chancelantes; on combat l'exagération nutritive, il n'y a pas de remède contre l'atrophie. Tout ce qu'on peut faire, c'est d'appliquer des astringents sur les gencives; ils sont toujours nécessaires chez les vieillards, parce que la nutrition du système dentaire est faible. La carie est un processus analogue à l'ulcération de la peau, elle est produite par quelque humeur viciée qu'on doit dessécher si elle n'est pas trop abondante. Les astringents sont excellents dans la mollesse des dents; les dessicatifs lorsqu'elles sont livides et noires ; l'huile de lentisque tiède sert dans les affections des gencives.

Galien établit d'ailleurs une division systématique des méthodes thérapeutiques. Elles sont: 1° générales et ontpour but de modifier l'humeur peccante ; 2° locales, et dans ce cas elles peuvent répondre à deux indications : agir physiquement sur le foyer douloureux ou enrayer le processus par dérivation. La meilleure manière de traiter les fongosités gingivales, c'est de porter le cautère actuel sur les dents altérées qui les causent (1); il est rarement nécessaire d'avoir recours à un moyen aussi énergique, les caustiques légers empruntés aux règnes minéral et végétal introduits dans les cavités de la carie suffisent presque toujours pour amener l'exfoliation de la dent et la rendre indolente. On fait une sorte de trochisque avec du poivre du Nord, du poivre rosacé et de l'huile d'amandes douces; ou bien encore du lycium, du soufre et de la noix de Galle. Si l'on veut conserver la dent tout en atténuant la douleur, on tamponnera les cavités avec des préparations de jusquiame; dans le cas où l'application à la surface n'atteint pas le but, on perfore avec un *trépan très fin et l'on introduit les médicaments dans l'orifice artificiel créé de la sorte* (2).

Dans d'autres cas on fait mâcher de la staphysigre, du pouliot, la partie noire de la noix de Galle ; il y a un écoule-

---

(1) ...Τοῖς δὲ τεθραυσμένους καὶ ἀλγοῦσιν οδοῦσιν καυτήριον ἐπιτίθει πυρώσας.

(2) Εἰ δὲ πρὸς μηδὲν τῶν προγεγραμμένων εἴκει, ἔγκειται δὲ ισχυρῶς ὁ πόνος, λεπτῷ τρυπάνῳ τρήσας τὸν όδοντα, χρῶ τοῖς εἰρημένοις βοηθήμασιν εἴωθε γὰρ μᾶλλον οὕτως ὠφελειν.

ment très abondant de pituite et la douleur disparaît; les médicaments qui agissent de la sorte sont appelés *apophlegmatismes*.

Galien attribue à Apollonius de Rhodes l'injection de substances calmantes dans les narines; Asklépiades de Bithynie et Héraclide de Tarente se servaient pour cela de la racine de molène.

Jusqu'ici la médecine dentaire n'est nullement absurde; nombre de pratiques employées de nos jours répondent aux indications formulées : l'ouverture de la chambre pulpaire, la dérivation du côté des gencives, ce sont là des procédés dont l'observation a démontré l'utilité; il serait difficile d'en dire autant de l'hygiène et de la chirurgie galénique. Comme Hippocrate, Galien admet que le froid est l'ennemi des dents, mais il ne partage pas une opinion très répandue de son temps et d'après laquelle le lait suffirait pour produire la carie; il n'a jamais vu un pareil résultat que chez les individus qui présentent une certaine froideur organique; chez eux, l'estomac digère mal et le lait devient acide; que les mêmes personnes mangent des mûres vertes et elles sont certaines d'avoir un accès d'odontalgie (1).

Les bases de la plupart des dentifrices sont la racine d'aristoloche, la corne de cerf brûlée et la cendre d'écailles d'huître. Ces substances suffisent lorsqu'on désire obtenir la blancheur. Si l'on a l'intention de prévenir la carie ou de calmer une douleur, il y en a de beaucoup plus compliquées; Galien emprunte des dentifrices à tous les médecins dont les œuvres existaient de son temps, à Andromaque, Antiphanes, Aphroda, Phthios, Diocles, Criton, Timocrate, Damocrate, Aristocratos le grammairien, etc.

La chirurgie est rudimentaire, il craint l'extraction autant et plus qu'Erasistrate. On a recours à la lime pour niveler les dents trop longues. Voici comment on procède : la gencive est entourée d'un linge très fin jusqu'au niveau de la racine; ensuite on prend la dent entre l'index et le pouce de la main gauche, de manière qu'elle ne soit ni comprimée ni ébranlée pendant le mouvement de la lime; on s'arrête aussitôt que le patient accuse de la douleur.

L'avulsion est une opération dangereuse et pénible; avant d'y songer on a recours à tous les escharotiques connus, en particulier au poivre et au pyrèthre; s'ils ne réussissent pas, on prend du sang de lézard, qui fait tomber les dents ou des médicaments qui permettent de les enlever sans douleur : la racine de bardane chaude, par exemple; on fait bouillir de la coloquinte dans du miel jusqu'à réduction à moitié, puis on trempe le déchaussoir dans le liquide siru-

---

(1) *De la vertu des aliments*, liv. III, cap. XVI, K. VI, p. 689.

peux qui reste; on détache la gencive et on fait fermer la bouche, il est alors possible d'extraire les dents avec les doigts (2).

Il y a des choses plus bizarres encore : Galien connaissait les accidents de la dentition; en commentant Hippocrate, il ajoute des réflexions justes (2), mais l'influence égyptienne l'envahit; à chaque instant il proteste contre elle et à chaque instant il ajoute foi aux amulettes, aux préparations magiques, aux vertus secrètes des médicaments d'origine animale. On facilitera la dentition avec les collutoires d'Archigènes au lait de chienne et à la cervelle de lièvre; on fera porter au cou, à l'enfant, la corne desséchée d'un vieux colimaçon (3).

Il est difficile de ne pas remarquer les contradictions qui existent entre la doctrine et la thérapeutique; autant la première est claire et sensée, autant la seconde est incertaine. Nous avons vu, jusqu'à présent, un seul écrivain déclarer que dans bon nombre de cas, l'extraction était le dernier et le seul remède, donner des instruments propres à l'exécuter, en décrire le manuel opératoire. Notons même que Celse n'a pas réuni dans un chapitre unique tout ce qui a trait aux dents; il a, comme tout le monde, ses procédés d'anesthésie et ses recettes palliatives. Chez Cælius, mêmes différences; au livre des maladies chroniques se trouve un amalgame des connaissances de Celse et de Galien; il y a des procédés contre l'odontalgie, l'indication d'instruments employés pour l'extraction. Si nous possédions les œuvres de ce médecin, comme nous avons celles de Celse, la similitude serait probablement complète. Il existait peut-être dès l'antiquité une division radicale de l'art dentaire. Les médecins combattaient la douleur, traitaient les affections des gencives, avaient des procédés pour faciliter l'extraction, là s'arrêtait leur rôle; on dirait qu'ils regardaient comme indignes d'eux, non pas l'intervention manuelle, puisqu'ils faisaient la trépanation et le limage, mais l'enlèvement. La dent est noire, livide, cariée et dangereuse : on la fait exfolier, on la cautérise; si malgré tout, les accidents persistent, mieux vaut pour le patient se rendre chez le spécialiste du côté de l'Aventin, car son médecin n'aime manier ni le forceps, ni la volselle, ni le rhizagre.

Ceux-là seuls qui n'appartiennent point aux écoles grecques, dont la science ne repose pas sur les saines traditions, s'occupent journellement de pareilles choses. Celse n'a pas

---

(2) Toutes les parties du texte et les citations grecques dont la provenance n'est pas indiquée par une note, viennent : *Des médicaments suivant les lieux*, livre V, chap. IV et suiv., éd. K., p. 848 et suiv.

(3) *Comment. aux aphorismes d'Hippocrate*, XXV, K. 17, 2, p. 630.

honte de décrire les procédés des paysans; Cælius est un des coryphées du méthodisme, cette doctrine que Galien exécra tant. L'influence de celui-ci fut telle dans les siècles suivants que personne ne parla de l'extraction avant Paul d'Egine.

CHAPITRE IV

L'ODONTOLOGIE CHEZ LES MÉDECINS BYZANTINS

Nous en aurons vite fini avec la période qui nous reste à parcourir; elle nous conduira en plein Moyen âge. On pourrait l'appeler période des compilateurs et des copistes. Désormais, on ne songe plus à l'étude critique, on reproduit servilement ce que les anciens ont dit de bon et de mauvais, de mauvais surtout; certains écrivains ont une prédilection si vive pour le mystérieux que, quand ils ont à choisir entre deux formules, c'est toujours la formule magique qu'ils prennent. Inutile de nous occuper d'Oribase; il a bien un chapitre sur les dents, c'est la reproduction intégrale de Galien; son étude n'a qu'un intérêt philologique, elle peut servir, tout au plus, à montrer les variantes subies par la langue d'un auteur à l'autre. La même remarque s'applique à Alexandre de Thralles. Il suffit de lire le titre des chapitres d'Aétius pour être édifié sur son originalité: Traitement des dents devenues douloureuses et lâches par le fait de l'humidité; du limage; traitement des dents devenues douloureuses par trop de sécheresse, d'après le sophiste Adamantus; soins à donner aux dents lésées par l'excès de chaleur et d'humidité; traitement de la carie d'après Galien. L'auteur aurait pu répéter ce nom à tous les chapitres, sauf un seul; inutile de dire que les procédés du fameux sophiste Adamantus valaient ceux des autres; ce serait chose fastidieuse de les énumérer.

Paul d'Egine ne surpassa guère ses prédécesseurs immédiats en originalité, il avait puisé ses connaissances aux mêmes sources; mais ses décisions lui furent souvent dictées par un véritable sens pratique. Nous attribuons à la barbarie et à la perte des manuscrits anciens l'estime qu'on accordait au Moyen âge à Paul, Grec arabisant, qui eut sa place marquée à côté d'Abulcasis. Cette manière de voir n'est pas tout à fait juste; si l'on ne regarde point exclusivement la pureté et l'élégance du dialecte, il est difficile de ne pas le placer au-dessus d'Aétius ou d'Oribase; en art dentaire, il n'a rien inventé, mais au moins il échappe à l'orthodoxie galénique et, dans le

court chapitre qu'il lui consacre, on voit qu'il connaît Celse et l'apprécie :

« Nous déchaussons la dent de l'alvéole, puis nous l'arrachons en l'ébranlant peu à peu avec le davier; si elle est cariée, il faut d'abord boucher la carie avec un petit rouleau de charpie, afin qu'elle ne se brise pas sous l'instrument. Après l'extraction, nous mortifions les lambeaux de chair en les saupoudrant avec du sel très ténu, ensuite on lave avec du vin cru, avec de l'oxycrat jusqu'à guérison. Mais lorsque quelques dents superflues ont poussé près des autres, nous les coupons avec un ciseau si elles adhèrent à l'alvéole, et nous les enlevons avec le davier si elles n'y adhèrent pas. Lorsqu'une dent a pris trop d'accroissement où que déjà elle a été cassée, nous limons ce qui est excédent ou inutile, et nous élaguons les oreilles avec la capsule d'une sonde, ou avec une rugine, ou avec une lime (1). »

Ce peu de chose est préférable aux demi-plagiats d'Aétius et d'Alexandre.

Paul d'Egine fut le dernier écrivain médical sérieux de langue grecque. Pour suivre désormais l'histoire de l'art dentaire, il faudrait passer aux Arabes et aux Salernitains; peut-être l'essayerons-nous un jour.

UN SCANDALE

Les faits que l'on nous signale sont trop graves, pour la dignité professionnelle, dentaires françaises, pour l'honneur des écoles, pour que nous hésitions à fournir à nos concurrents l'occasion d'une réponse nette et précise à leur égard.

Est-il vrai que M. X...., dentiste, dans une grande ville d'Alsace-Lorraine, ait obtenu le diplôme de l'Ecole dans les conditions suivantes :

M. X..... s'était fait inscrire régulièrement comme élève de 2e année à l'Ecole dentaire de Paris, le 15 septembre 1884, pour l'année scolaire 1884-85. Conformément au règlement, il se présenta à l'examen, à la session d'octobre 1885, et malheureusement pour lui, échoua à l'une des épreuves pratiques, en conséquence, il lui fut annoncé qu'il était renvoyé à une autre session. Ce contre-temps fâcheux n'était pas dans ses prévisions, car il avait annoncé dans la ville où il exerce

(1) *Paul d'Egine, Chirurgie,* traduction René Briau. Paris, Masson, 1855, p. 151.

son prochain succès, cependant reconnaissant son insuffisance il était résolu, de travailler à nouveau pour se représenter à la prochaine session. Un fournisseur de Paris, à qui il conta sa déconvenue et son ressentiment de candidat malheureux, lui apprit, que partout, on n'était pas aussi rigide, et qu'avec certains examinateurs *il était des accomodements*, et se chargea de lui servird'intermédiaire. Effectivement, on lui ménagea une entrevue avec le directeur de la clinique, qui a son siège, rue de l'Abbaye, 3, à la suite de laquelle M. X..., rassuré, exécutait une opération à son choix, répondait à une question dont on lui avait fait connaître le sujet à l'avance, et radieux, triomphant, il payait la somme convenue et retournait auprès de ses compatriotes avec un diplôme de l'Ecoledentaire de France qu'il avait bien gagné !!!

Voilà les faits tels qu'ils nons sont rapportés, sont-ils exacts? Une enquête est nécessaire, le corps enseignant de l'Ecole, que nous venons de désigner, y est non moins intéressé que nous. Nous espérons encore malgré les renseignements que nous possédons, pour l'honneur des écoles, que ces faits pourront être démentis et qu'il n'y a pas à Paris, une école françaises distribuant après des examens illusoires des diplô-à prix d'argent.

CHARLES GODON,

Secrétaire général de l'Ecole dentaire de Paris et de l'Association générale des dentistes de France.

REVUE DES JOURNAUX

L'art dentaire au Japon. — Au meeting de la Société odontologique de la Grande-Bretagne, le Dr Georges Elliott a présenté de très curieux et fort intéressants spécimens de dents artificielles fabriquées au Japon. Les Japonais sont les seuls peuples asiatiques qui comprennent et pratiquent la mécanique dentaire. Ils ont pris leurs données scientifiques dans cette importante branche médicale chez leurs voisins les Chinois, mais ils n'ont pas tardé à distancer leurs professeurs, chez qui la fabrication de la dent artificielle est encore inconnue. Les Chinois savent pertinemment enlever une incisive et mettre une autre dent à la même place pour la suppléer, mais leurs produits ne sont là réellement que comme simple ornement, alors que les produits japonais sont exclusivement pour l'usage.

Un médecin anglais, en mission au Japon, constatait dernièrement, à ce sujet, que si les dents fabriquées hors du pays ressemblaient plus, en réalité, aux dents naturelles, celles sortant des manufac-

tures japonaises, par contre, résistaient bien plus à l'usage et brisaient, sans danger pour leur solidité même, les corps les plus durs. Leurs dentiers sont fabriqués sur base de bois; les dents sont faites avec une pierre du pays analogue à l'ivoire; elles sont jointes et retenues entre elles par de petits clous en cuivre.

(Journal d'hygiène).

Un nouvel anesthésique. — Le Dr Baratoux résume, dans le *Progrès médical*, les propriétés thérapeutiques d'un nouveau produit, le *menthol*. Cet agent a été présenté par le Dr Rosemberg, de Berlin, comme un substituant de la cocaïne, et lui a trouvé des qualités analogues pour anesthésier les muqueuses, soit pour faciliter les explorations du pharynx ou de la cavité nasale. M. Macdonald le conseille dans les névralgies du trijumeau et dans le mal de dents (?)

Le prix du menthol est peu élevé, 0 fr. 30 c. le gramme.

Le Dr Baratoux n'a pas obtenu des résultats aussi satisfaisants que ceux relatés par les auteurs allemands. Une solution de menthol de 35 à 50 0/0 lui paraît moins efficace qu'une solution de cocaïne de 5 à 10 0/0.

L'administration du menthol est moins bien supportée par le malade que la cocaïne. Sur l'œil, dans le nez, il a diminué la douleur et peut rivaliser avec la cocaïne; dans la cavité buccale, il serait un agent sans grande puissance anesthésique.

(Progrès médical, 5 septembre, p. 201).

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

TRIBUNAL CORRECTIONNEL DE PARIS (8e ch.)

Présidence de M. Mercier

Audience du 5 novembre 1885

AFFAIRE DU DENTISTE DUCHESNE. — INSENSIBILISATION A L'AIDE DU PROTOXYDE D'AZOTE. — ASPHYXIE. — POURSUITE POUR HOMICIDE PAR IMPRUDENCE.

Le 25 novembre 1884, à onze heures du matin, le commissaire de police était informé par le sieur Duchesne, dentiste à Paris, rue Lafayette, qu'un individu dont le nom n'était pas connu, venait de mourir pendant qu'on lui arrachait une dent. Ce magistrat se transporta chez le dentiste. Il trouva un individu sans vie, assis dans un fauteuil et dans la position d'un homme qui vient de subir une opération. La bouche était ouverte; quelques gouttes de sang s'étaient échappées de la mâchoire et une dent était enlevée. La victime était un sieur Lejeune, négociant demeurant à Paris.

Cet accident eut un grand retentissement dans le public et dans le monde médical.

Avant de venir à l'audience, cette affaire s'était terminée à l'instruction par une ordonnance de non-lieu.

Opposition fut faite à cette ordonnance, tant par le procureur de la République, que par Mme veuve Lejeune, femme de la victime, qui déclare, au cours de l'instruction se porter partie civile.

Sur cette opposition, la Chambre des mises en accusation a statué ainsi qu'il suit :

« La Cour,

« En la forme, reçoit la veuve Lejeune opposante à l'ordonnance dont li s'agit ;

« Au fond,

« Considérant, qu'il existe charges suffisantes contre Duchesne.

« D'avoir, en novembre 1884, à Paris, par imprudence, négligence ou inobservation des règlements, commis involontairement un homicide sur la personne du sieur Lejeune ou d'en avoir été involontairement la cause ;

« Vu, etc.

« Ordonne la mise en prévention de Duchesne ;

« Et le renvoie devant le Tribunal correctionnel de la Seine pour y être jugé conformément à la loi ;

« Annule l'ordonnance de non-lieu rendue par le juste d'instruction ;

« Ordonne que le présent arrêt sera exécuté à la diligence de M. le procureur général ; »

C'est ainsi que l'affaire venait à l'audience d'aujourd'hui.

Le prévenu déclare se nommer Jean-Baptiste, Abel Duchesne, 58 ans, dentiste, demeurant à Paris, rue Lafayette, nº 45;

Me Comby l'assiste comme défenseur ;

Me Duverdy se présente pour Mme veuve Lejeune, qui déclare persister à se porter partie civile.

De la prévention résultent les faits suivants :

Le 25 novembre 1884, vers dix heures du matin, le sieur Emile Lejeune, âgé de cinquante-quatre ans, négociant, demeurant rue Notre-Dame-de-Nazareth, 39, se présentait chez le sieur Duchesne, dentiste, demeurant rue Lafayette, 45. Le sieur Lejeune demandait à se faire arracher une dent et, d'après le sieur Duchesne, il insistait pour se faire anesthésier. L'anesthésie fut pratiquée, et bientôt le dentiste s'apercevait que son client était tombé en syncope. Malgré les soins qui lui furent prodigués aussitôt, le sieur Lejeune succombait à l'asphyxie. Le sieur Duchesne fit immédiatement prévenir M. le commissaire de police du quartier du Faubourg-Montmartre. Ce magistrat se rendit aussitôt chez le dentiste, et il trouva le décédé assis dans le fauteuil des opérations. Le cadavre avait la bouche ouverte et quelques gouttes de sang avait été répandues. La dent avait été extraite. Le docteur Rivet, demeurant rue de la Victoire, 6, se trouvait chez le sieur Duchesne. Ce dernier raconta à M. le commissaire de police que le sieur Lejeune, qu'il ne connaissait pas, était venu chez lui pour se faire extraire une dent. Le sieur Duchesne, ne voulant pas faire seul l'anesthésie qui lui était demandée, avait envoyé chercher le docteur Rivet, et c'était seulement après l'arrivée de celui-ci, que l'opération avait été commencée.

Le docteur Rivet avait assisté constamment le dentiste, avait surveillé l'anesthésie et avait aidé le sieur Duchesne dans tous les soins donnés au sieur Lejeune, pour le rappeler à la vie. Le docteur Rivet confirma entièrement la déposition du sieur Duchesne, et il ajouta que c'était en sa présence que le sieur Lejeune, insistant pour se faire anesthésier, avait dit : « Je suis comme une sensitive, je tiens à être endormi, c'est drôle, je suis chevalier de la Légion d'honneur, et je ne peux pas maitrîser mes nerfs. »

Tout cela était faux. Le docteur Rivet n'avait été appelé par le sieur Duchesne qu'après la mort du sieur Lejeune. En effet, à la date du 1er décembre, Duchesne écrivait à M. le juge d'instruction pour demander à être entendu, et, le 5 décembre, il déclarait que le docteur Rivet n'était pas présent lors de l'opération et n'avait été appelé par lui qu'après le décès de son client.

Le docteur Rivet reconnaissait alors, lui aussi, la fausseté de sa déclaration faite à M. le commissaire de police, MM. les docteurs Brouardel et Pouchet, professeurs à l'Ecole de médecine. furent commis à l'effet de déterminer les causes de la mort du sieur Lejeune et d'examiner la manière d'opérer de Duchesne, ainsi que l'état des appareils et des produits employés.

Il résulte du rapport que la mort est due à l'asphyxie par le protoxyde d'azote et que les appareils et les produits employés sont conformes aux données de la science. La partie civile prétend qu'en présence de l'obésité dont était, paraît-il, atteint le sieur Lejeune. le dentiste aurait dû. dans tous les cas, refuser de l'endormir. Les experts déclarent que l'usage du protoxyde d'azote est loin d'être sans danger. et que bien des accidents n'allant pas jusqu'à la mort, se produisent sans pour cela parvenir à la connaissance de l'autorité. Ils examinent ensuite si l'anesthésie par le protoxyde d'azote est une grande opération chirurgicale, ne pouvant, aux termes de l'article 29 de la loi du 19 ventôse an XI, être faite que sous la surveillance et l'inspection d'un docteur, ils résolvent cette question affirmativement.

Le sieur Duchesne n'a pas d'antécédents judiciaires.

M. le président procède à l'interrogatoire du prévenu.

D. Vous êtes prévenu d'homicide par imprudence commis sur la personne du sieur Lejeune ; cet individu s'est présenté chez vous le 25 août dernier, pour se faire extraire une dent ; sur sa demande vous l'avez insensibilisé à l'aide du protoxyde d'azote et la mort s'en est suivie? La prévention estime que vous avez commis une imprudence, vous qui n'êtes pas même officier de santé, de ne pas vous être fait assister d'un docteur en médecine pour procéder à cette opération. — R. Je déclare d'abord que je viens ici volontairement, car je viens ici volontairement, car je n'ai pas reçu d'assignation. C'est mon défenseur qui m'a prévenu du jour de l'audience.

D. Enfin vous acceptez le débat ? — R. Parfaitement.

D. Alors expliquez-vous. — R. Voici ce que j'ai à dire ; quand M. Lejeune est venu dans mon cabinet pour se faire extraire une dent et qu'il m'a demandé de l'endormir, je lui ai posé toutes les questions que l'on pose en pareil cas. Bien que je ne sois pas médecin, je connais mon métier, car je l'exerce depuis près de dix-huit ans; j'ai acquis une certaine notoriété. J'ai donc fait à M. Lejeune toutes les questions relatives à sa santé et cela en présence de mon opérateur. Il m'a répondu ; « Voyez, je porte les insignes de la Légion d'honneur et pourtant je tremble. » Je lui ai répondu qu'il n'était pas le seul, et il a pris place sur le fauteuil. On a apporté l'appareil ; l'opération a marché très rapidement. L'anesthésie s'est produite l'absorption de vingt-cinq litres de gaz seulement, alors qu'il en faut ordinairement cinquante litres. Une fois la dent arrachée, je dis à mon client de cracher, et je m'aperçois qu'il ne bouge plus. Je crois d'abord à une syncope et je fais respirer à mon client un peu d'alcali ; il ne bouge toujours pas ; la syncope se prolongeant, du moins, je le croyais, j'ai envoyé chercher un médecin et, en l'attendant, je fais administrer des sinapismes. Je commençais à être effrayé, car jamais semblable chose ne m'était arrivée depuis dix-huit ans. Voyant que le malade ne remuait toutours pas je lui ai pratiqué moi-même l'insufflation artificielle ; puis je lui ai pris le pouls qui était encore sensible ; je rassure tout le monde en disant qu'il n'y avait pas de danger ; un instant après, je sens le pouls qui m'échappe et je m'écrie : « Ah ! voilà un grand malheur qui arrive. »

D. Vous ne vous faites donc jamais assister d'un médecin? — R. La plupart des clients se font assister du leur et je le demande même. Si le client vient sans médecin, alors je m'informe scrupuleusement de l'état de sa santé pour savoir s'il n'y a pas contre-indication à l'anesthésie.

D. Après l'accident, vous avez senti quelle part de responsabilité pesait sur vous, car vous avez donné au commissaire de police une version inexacte de ce qui s'était passé. Vous avez prétendu notamment que le docteur Rivet, présent lors de de la visite ce magistrat, vous avait assisté pendant toute l'opération. — R. Voici la vérité : J'ai eu grand'peur; j'ai pensé à toute ma clientèle qui allait être effrayée et j'ai dit ce qui m'est venu à l'esprit, mais j'ai rectifié immédiatement devant le juge d'instruc-

tion. Tout le reste, de ce que j'ai dit sur ma fabrication et mes appareils était exact.

D. Ceci ne fait pas de doute ; il est certain que vos appareils ne laissent rien à désirer : vous n'avez plus rien à ajouter ? — R. Non, monsieur le président.

On entend les temoins.

M. Brouardel (Paul), professeur à la Faculté de médecine : Nous avons été commis à l'effet de procéder à l'autopsie du cadavre du sieur Lejeune. Ce cadavre était celui d'un homme grand, paraissant vigoureux, âgé de cinquante-quatre ans environ. La rigidité cadavérique avait complètement disparu, et la putréfaction n'était pas commencée.

La peau des régions déclives du thorax, des épaules et du menton, criblées de petites tâches rouges, formait une large piqueté hémorragique; il en était de même du tissu cellulaire sous-cutané. Les conjonctives occulaires et palpébrales étaient légèrement injectées. On ne constatait aucune trace de violences sur les différentes parties du corps. Il n'y avait pas d'épanchement sanguin sous le cuir chevelu. Les os du crâne n'étaient pas fracturés. Les mailles de la pie-mère contenaient une certaine quantité de sérosité. Le cerveau n'était pas très congestionné et se décortiquait facilement. Les artères cérébrales, les sylviennes en particulier n'étaient pas athéromateuses. La substance cérébrale présentait un piqueté hémorragique, mais on ne trouvait aucune lésion en foyer ou tumeur. Le cervelet, le bulbe et le quatrième ventricule étaient sains.

Il en était de même de l'œsophage et de la trachée.

Il n'y avait ni adhérences pleurales, ni épanchement liquide dans les plèvres, ni ecchymoses sous-pleurales. Les poumons étaient entièrement congestionnés. Le cœur était un peu gros; ses cavités contenaient une grande quantité de sang liquide, foncé, un peu violacé. Nous avons recueilli 40 à 50 centimètres cubes de sang liquide immédiatement renfermé dans un flacon hermétiquement clos,

Nous avons conclu de toutes ces remarques que l'analyse chimique des viscères et du sang était indispensable pour permettre de déterminer les causes de la mort de M. Lejeune.

Nous avons donc procédé à cette analyse qui nous a permis de formuler les conclusions suivantes :

1° L'autopsie du cadavre de Lejeune n'a permis de découvrir aucune lésion organique mettant sa vie en danger.

Sa mort est survenue pendant l'inhalation du protoxyde d'azote. Nous avons retrouvé ce gaz en quantité très notable dans le sang, quarante-huit heures après la mort.

On doit donc considérer cette anesthésie comme ayant déterminé la mort.

La quantité de protoxyde d'azote retrouvée dans le sang ne peut nous autoriser, dans l'état actuel de la science, à dire si l'inhalation a été trop prolongée ou si toute autre faute a été commise.

2° Les procédés de préparation et d'utilisation du protoxyde d'azote, employés chez M. Duchesne, nous ont paru conformes aux données de la science.

Une anesthésie est une grande opération. Il est imprudent, suivant nous, pour tout opérateur, quelle que soit son expérience, de la pratiquer sans être assisté d'un aide compétent.

Nous avons eu également à répondre à plusieurs questions :

1° La présence du gaz dans le sang de M. Lejeune est-elle la preuve que sa mort a été le résultat de l'inhalation du protoxyde d'azote ? — R. La présence du protoxyde d'azote dans le sang de M. Lejeune prouve seulement que pendant le temps qui a précédé la mort, M. Lejeune a respiré un mélange gazeux contenant une certaine proportion de ce gaz et qu'il est mort avant d'avoir pu rejeter, par expiration, le gaz qu'il avait absorbé ; en un mot, qu'il est mort pendant ces inhalations ou dans les quelques secondes qui les ont suivies. Mais la présence de ce gaz dans le sang ne prouve pas d'une façon absolue que la mort soit le résultat de cette inhalation.

2° La mort peut-elle se produire en dehors de toutes lésions organiques ou de l'action d'une substance toxique ? — R. Tous les anatomo-pathalogistes savent que la mort subite peut subvenir sans que, actuellement, on

soit capable de découvrir la cause de cette mort, son mécanisme immédiat. Grâce aux progrès de la science et au perfectionnement des moyens d'investigation, ces cas deviennent de plus en plus rares; mais nous avons été plusieurs fois obligés d'avouer que, malgré les recherches les plus attentives, nous n'avions pas réussi à découvrir la cause de la mort de certaines personnes.

3° L'obésité fait-elle scientifiquement obstacle à l'usage des anesthésiques ? — R. D'une façon générale les personnes obèses sont plus exposées que les autres à la mort subite. Cependant, aucune règle formelle n'est établie, et l'obésité n'est pas une contre-indication absolue de l'emploi des anesthesiques. D'ailleurs, il y a là une question de mesure et bien que M. Lejeune fut grand et gras, l'épithète d'obèse ne pouvait lui être appliquée qu'en lui adjoignant un diminutif, consistant à dire, par exemple, qu'il était un peu obèse.

Je dois ajouter que je me suis rendu compte « par moi-même » de la façon dont M. Duchesne pratiquait l'anesthésie et j'ai été frappé de ce fait que cette anesthésie n'arrive qu'au moment où le sujet commence à virer de couleurs ; ses ongles deviennent bleus ; il présente alors tous les caractères de l'asphyxie.

Le prévenu. — Oh ! non, jamais.

Le témoin. — Je l'ai parfaitement remarqué ; mais je dois ajouter que M. Duchesne, qui pratique cette opération, depuis longtemps, est plus expérimenté que nous en cette matière. Au point de vue légal, le législateur de l'an XI ne l'a point prévu. En ce qui nous concerne nous autres docteurs, nous n'oserions pas pratiquer l'anesthésie sans la présence d'un confrère et sans les plus grandes précautions. Nous savons qu'un accident semblable arrive au moins une fois à tous ceux qui ont pris l'habitude d'anesthésier ; c'est une grave et grande opération et nous pensons qu'il y a imprudence à anesthésier sans le concours d'un médecin.

Me Comby. — Le cas est nouveau et n'a pas été réglementé.

Le témoin. — Ce n'était pas prévu par la loi ; à cette époque, on n'anesthésiait pas encore.

Me Comby. — Mais que pense M. Brouardel au point de vue d'une responsabilité pénale ?

Le témoin. — Je ne puis que répéter ce que j'ai déjà dit ; à part l'inhalation elle-même, je n'ai constaté aucune faute personnelle, ni imprudence dans la manière de faire de M. Duchesne ; il a seulement le tort de s'en rapporter aux dires de ses clients.

Me Comby. — Dans le cas particulier, vous persistez à dire que l'obésité n'est pas une contre-indication à l'anesthésie ?

Le témoin. — Je me suis expliqué sur ce point et je persiste; j'ajoute que si M. Lejeune avait eu à subir une grande opération chirurgicale, mettant sa vie en danger, à coup sûr le chirurgien qui aurait dû l'opérer, l'aurait endormi quand même et malgré son état d'obésité, mais pour une dent, ce n'était pas une chose à lui conseiller.

M. le président. — Il y a une école pour les dentistes ?

Le témoin. — Oui, on y enseigne les procédés anesthésiques par le protoxyde d'azote.

Me Comby. — La mort peut-elle être provoquée par l'absorption du protoxyde d'azote ?

Le témoin. — Oui, parfaitement.

Me Duverdy. — Quelle est, pour M. le docteur Brouardel, l'explication de la cause de la mort de M. Lejeune ?

Le témoin. — La réponse semble facile à faire et pourtant elle a deux faces. Si vous voulez mon opinion personnelle, je n'hésite pas à déclarer que M. Lejeune est mort des suites de l'inhalation ; si vous me demandez de discuter scientifiquement, je ne puis pas affirmer que cette inhalation soit la cause unique et certaine de la mort.

Me Comby. — Ainsi, ce serait pour vous un doute sur la cause certaine de la mort ?

Le témoin. — Pour moi, je le répète, il n'y a pas de doute ; scientifiquement je ne puis affirmer.

M. le président. — Emploie-t-on quelquefois une autre substance que le protoxyde d'azote pour anesthésier ?

Le témoin. — Le protoxyde d'azote est l'anesthésique le plus en usage; on emploie aussi le chloroforme, mais son emploi est beaucoup plus rare,

Me Comby. — L'opération de l'anesthésie est-elle longue?

Le témoin. — Trois au quatre minutes,

Me Duverdy. — M. Brouardel ne considère-t-il pas comme une imprudence d'anesthésier quelqu'un sans avoir soumis le sujet à un examen médical?

Le témoin. — J'ai déjà répondu, je crois, que cet examen me semblait indispensable.

Me Comby. — Le témoin considère-t-il cette imprudence comme devant entraîner la responsabilité au point de vue de l'article 319 du Code pénal?

Le témoin. — Je vous dirai qu'il ne m'est pas très familier, votre article 319; en tout cas, j'ai déjà formulé mon opinion sur ce point.

Rivet, docteur en médecine. — Le 25 novembre 1884, j'étais sorti quand on est venu me chercher de la part de M. Duchesne, que je connais beaucoup et auquel j'envoie des clients; quand je suis arrivé dans son cabinet, j'ai aperçu M. Lejeune, que l'on cherchait à ranimer; l'extraction de la dent était faite; malgré tous les efforts, on n'a pu le rappeler à la vie.

M. le président. — Vous aviez d'abord déclaré que vous étiez présent à l'opération ; ce n'était pas vrai.

Le témoin. — J'ai rectifié presque immédiatement.

Gillet (Eugénie), employée chez M. Duchesne. — C'est moi qui assiste M. Duchesne dans ses opérations.

M. le président. — Quel rôle remplissez-vous ?

Le témoin. — Celui de caissière. (Rires.)

M. le président. — Oui ; mais pendant les opérations ?

Le témoin. — Je tiens la serviette.

Me Comby. — Combien dure l'opération ?

Le témoin. — Environ une minute.

M Comby. — N'y a-t-il pas un manomètre qui indique la quantité de gaz absorbée par le client ?

Le témoin. — Oui. M. Lejeune en avait absorbé environ 20 à 25 litres.

Warde, dentiste. — Je suis le préparateur de M. Duchesne, et j'étais présent lors de l'accident.

Le témoin raconte à nouveau les faits déjà connus. Il ajoute que les appareils de M. Duchesne sont parfaitement établis.

Me Comby. — J'espère bien que le Tribunal voudra les voir.

M. le président. — Le Tribunal sait qu'il n'y a rien à reprocher à l'installade M. Duchesne.

Docteur Augros, médecin à Maisons-Laffitte. — J'ai été appelé à soigner M. Lejeune et je puis affirmer qu'aucun médecin n'aurait voulu l'anesthésier, n'importe pour quelle opération; son état général ne le permettait pas. Il était doué d'une obésité considérable, et, tous les ans, il faisait une saison dans une station thermale pour combattre cette obésité.

M. le président. — M. Brouardel ne considérait pas votre client comme aussi obèse que vous le dites.

Le témoin. — Il pesait 200 à 220 ; un docteur qui l'aurait ausculté, aurait hésité à l'anesthésier.

Me Comby. — N'avait-il pas déjà eu une syncope ?

Le témoin. — Non ; il avait eu une mauvaise digestion et un peu de vertige, une seule fois, il y a de cela quatre ans.

DERNIÈRE HEURE. Nous publions la décision du tribunal réservant la suite des débats pour le prochain numéro.

Le tribunal,

Attendu qu'il résulte de l'instruction et des débats que, le 25 novembre 1884, le sieur Lejeune s'est rendu chez Duchesne pour se faire arracher une dent ;

Que, sur la demande du client, le dentiste lui a fait respirer du protoxyde d'azote pour le rendre insensible à l'opération ;

Qu'à la suite de ces inhalations, le sieur Lejeune est tombé en syncope et a succombé;

Attendu que, dans cette opération, Duchesne a eu le tort de ne pas se faire assister par un docteur en médecine;

Qu'en effet, l'administration du protoxyde d'azote exige chez l'opérateur des connaissances physiologiques sérieuses qui lui permettent d'examiner, au préalable et avec soin, l'état des organes du sujet qui réclame l'anesthésie;

Que, quelle que soit l'expérience du prévenu, expérience qui a pu suffire dans la plupart des cas, mais non dans tous, des connaissances spéciales paraissent faire défaut à Duchesne, qui n'est ni docteur-médecin, ni officier de santé, bien qu'il prenne faussement la qualité de médecin;

Qu'un examen médical approfondi du sieur Lejeune était d'autant plus nécessaire que, d'après son propre médecin, c'était un homme dont la constitution ne permettait pas de lui faire respirer sans danger une substance anesthésique;

Attendu que Duchesne a si bien compris sa faute que, pour se disculper, il s'est hâté d'affirmer, contrairement à la vérité, comme il l'a plus tard avoué, qu'il s'était fait ssister d'un docteur en médecine;

Attendu que l'un des experts commis, le docteur Brouardel, entendu à l'audience, estime que, pour l'application de l'anesthésie, deux personnes compétentes, dont l'une au moins soit docteur en médecine, sont nécessaires, et que c'est une imprudence réelle d'appliquer l'anesthésie, comme l'a fait Duchesne, sans observer ces conditions;

Que, d'après le même témoin, c'était, dans le cas particulier, une imprudence spéciale d'administrer le protoxyde d'azote au sieur Lejeune, étant donné le tempérament de ce dernier;

Qu'il eût été admissible de pratiquer sur lui ce mode d'anesthésie, s'il se fût agi de l'opérer pour une maladie grave, mais non pas alors qu'il s'agissait d'une pure opération de complaisance, suivant l'expression du témoin lui-même;

Attendu, d'un autre côté, que si, parmi les opérations chirurgicales, l'extraction d'une dent doit être considérée comme une opération généralement sans importance, et qui, exigeant seulement une certaine habileté de main, peut, sans danger, être confiée à un dentiste quelconque, même non diplômé, il n'en est pas ainsi quand cette opération est accompagnée d'anesthésie;

Que, dans ce dernier cas et d'après l'avis des experts, elle appartient sans conteste à la catégorie des grandes opérations;

Qu'à ce titre, aux termes de l'article 29 de la loi du 19 ventôse an XI, les officiers de santé, et à plus forte raison les dentistes, qui ne possèdent aucun grade, n'ont le droit de la pratiquer que sous la surveillance et l'inspection d'un docteur;

Qu'il en résulte encore qu'une telle opération est une contravention à l'article 35 de la même loi, qui interdit d'exercer la médecine et la chirurgie sans diplôme;

Qu'une contravention de ce genre, quand elle occasionne la mort ou des blessures, devient l'un des éléments du délit prévu par l'article 319 du Code pénal, ce qui est précisément le délit reproché au prévenu;

Attendu enfin que le directeur actuel de l'Ecole dentaire de Paris n'hésite pas à reconnaître la nécessité de l'intervention d'un docteur dans l'application faite par les dentistes des procédés anesthésiques;

Attendu que, dans les circonstances de la cause, il n'est pas douteux pour le tribunal que la faute de Duchesne ait occasionné la mort du sieur Lejeune;

Que telles sont d'ailleurs les conclusions du rapport des experts, lesquelles s'expriment ainsi : « On doit donc considérer cette anesthésie comme ayant déterminé la mort »;

Qu'ainsi il ressort de tout ce qui précède que Duchesne a, en novembre 1884, à Paris, par imprudence, négligence ou inobservation des règlements, commis involontairement un homicide sur la personne du sieur Lejeune, délit prévu et puni par l'article 319 du Code pénal;

Attendu toutefois qu'il existe des circonstances atténuantes et qu'il y a lieu de modérer la peine par application de l'article 463;

En ce qui concerne les dommages-intérêts réclamés par la partie civile:
Attendu qu'à ce point de vue le tribunal ne doit se préoccuper que du dommage matériel résultant pour sa veuve de la mort du sieur Lejeune;
Attendu que si cet événement a pu ralentir la marche des affaires de la maison de commerce de Lejeune, il faut reconnaître qu'il a été en même temps une source de bénéfices pour sa famille, puisqu'il a fait cesser le payement annuel d'une prime d'assurance sur la vie qu'entretenait Lejeune et qu'il a rendu immédiatement exigible le montant de cette assurance, soit 40,000 francs;
Qu'il importe, en outre, de considérer que la mort du sieur Lejeune est due non seulement à la faute de Duchesne, mais aussi à la propre imprudence de la victime, qui a eu le tort, sans consulter son médecin ordinaire, ou sans se faire assister d'aucun docteur, de réclamer sur sa personne l'application des procédés anesthésiques;
Que cette imprudence constitue une fin de non-recevoir partielle contre la réclamation de la partie civile;
Que, par suite de ces considérations, une somme de 3,000 francs est une réparation suffisante;
Par ces motifs;
Condamne Duchesne à 600 francs d'amende;
Le condamne à payer à la dame veuve Lejeune la somme de 3,000 francs à titre de dommages-intérêts;
Et condamne la partie civile aux dépens, sauf son recours contre Duchesne.

NOUVELLES

Un concours pour trois postes de professeurs suppléants à l'Ecole Dentaire de Paris aura lieu le Dimanche 28 Février 1886, et jours suivants.

Un concours pour trois postes de chefs de clinique à l'Ecole Dentaire de Paris aura lieu le Dimanche 14 Mars 1886. Nous publierons les conditions de cesconcours au Nº de Décembre 1885.

Le banquet annuel des diplomés de l,Ecole Dentaire de Paris aura lieu dans la première quinzaine Décembre 1885, adresser les adhésions à l'un des membres du comité d'organisation.

M. M. Viau 47, Boulevard Haussmann.
Dubois 104, rue St Lazare.
Legret 61 Grande rue à Boulogne-s.-Seine
Pigis 63, rue Blanche.
Bonnard 43, Boulevard Ornano.
Papot 41 rue du Faubourg Montmartre.

AVIS

Nous serions très reconnaissants à MM. les Dentistes qui voudraient bien offrir à la Bibliothèque de l'Ecole dentaire les livres, brochures, numéros de publications périodiques qu'ils pourraient avoir en double ou qu'ils ne tiennent pas à conserver. Nous les prions soit de les envoyer directement au siège de l'Ecole, 23, rue Richer, soit de donner avis à M. Favre, secrétaire de l'Ecole, qu'ils les tiennent à sa disposition.

L'Aide-Mémoire du Chirurgien-Dentiste est en vente chez les fournisseurs pour Dentistes.

Pour la vente en gros, s'adresser à M. Paul Dubois, 104, rue Saint-Lazare, ou à M. Lecrosnier, éditeur, place de l'Ecole-de-Médecine.

Prix cartonné : 5 fr.

Le prix des frais de recouvrement est à la charge des souscripteurs.

PRIX DES INSERTIONS

Pour un numéro, Page		25 fr.
—	Demi-page	15
—	Quart de page	8.
Pour l'année entière, Page		250
—	Demi-page	130
—	Quart de page	70
Offres et demandes, pendant trois mois		5
—	Dentistes à façon, l'année entière	10

PUBLICATIONS REÇUES

Le Progrès Dentaire.
L'Art Dentaire.
Revue Odontologique.
Revue Odontologique de Bruxelles.
Dental Cosmos.
Dental Register.
Dental Advertiser.
Dental Office and Laboratory.
Independant-Practitioner.
El Progresso Dental Habana.
Le Concours Médical.
Dental Record.
Petit Moniteur de la Médecine.
Journal des applications électriques.
Correspondenz Blatt.
Centralblatt für Zahnheilkunde.
Deustche Vierteljahresschrift.
Vierteljahresschrift für Zahneikunde
Die Zahntechnische Reform.
L'Union Médicale.
Le Progrès Médical.
Journal d'Hygiène.
Revue de Therapeutique.
Hygiène pour tous.
Messager odontologique (russe).
Shandinavish Tisskrift for Tandlaeger.

ASSOCIATION GÉNÉRALE

DES

DENTISTES DE FRANCE

Siège social : rue Richer, 23, à Paris

L'Association comprend :

1° L'Ecole et l'Hôpital dentaires de Paris (Société civile);
2° La Société d'Odontologie de Paris (Société scientifique);
3° Le Syndicat professionnel et la Caisse de Prévoyance des Dentistes :
4° Le Journal l'*Odontologie*.

BUREAU

MM. LECAUDEY, *Président.*
Dr Th. DAVID, *Directeur de l'Ecole.*
P. POINSOT, *Vice-Président.*
M. WIESNER, — —
Ch. GODON, *Secrétaire général.*
G. VIAU. *Secrétaire correspondant.*
A. RONNET, *Trésorier.*
L. THOMAS, *Bibliothécaire.*
P. DUBOIS, *Sous-Bibliothécaire.*
G. BLOCMAN, *Conservateur du Musée.*

MEMBRES DU CONSEIL

A Aubeau. Barbe. L. Bioux. R. Chauvin. A. Dugit. F. Gardenat. Lemerle. M. Levett. Lowenthal. De Lemos. Pinard. Pillette. Legret. Dr Thomas.

MEMBRES HONORAIRES

E. Billard. — P. Chrétien. — Debray. — Delsart. — A Dugit père.

VOL. 5. **Paris, Décembre 1885.** N° 12.

L'ODONTOLOGIE

TABLE DES MATIÈRES POUR DÉCEMBRE 1885

L'AURIFICATION PAR LA ROTATION

Exposé et démonstration de la méthode Herbst

Présenté à la Société d'Odontologie (*Séance du 20 Octobre 1885.*)

par R. HEIDÉ, professeur suppléant à l'Ecole dentaire de Paris

L'émotion fut grande, quand on apprit qu'un dentiste allemand préconisait un système d'aurification par l'emploi de brunissoirs montés sur le tour.

Aux méthodes classiques d'aurification : l'or mou par tassement, l'or adhésif par soudure, venait s'ajouter une nouvelle méthode, qui aux yeux de son inventeur, devait remplacer les deux autres, en ayant toutes leurs qualités, sans avoir leurs défauts ; adhérant aux parois comme l'or mou, se soudant comme l'or adhésif.

De tous les points du monde on vint trouver le docteur Herbst afin d'avoir des renseignements et de recevoir des leçons pratiques sur sa manière d'opérer.

C'était une véritable révolution en dentisterie opératoire. L'Ecole dentaire de Paris ne voulut pas rester en dehors de ce mouvement et pensa bon de déléguer l'un des siens afin de pouvoir juger le progrès réalisé.

On m'a fait l'honneur de me désigner pour cette tâche difficile. Je viens vous soumettre les résultats de mon voyage à Brême, des démonstrations auxquelles j'ai assisté, des expériences que j'ai faites depuis.

Tout d'abord, qu'il me soit permis de remercier publiquement le Dr Herbst de son excellent accueil, de la bonne grâce qu'il a mise à me dévoiler les ressources de son vaste savoir, de son expérience. Je dois surtout cet accueil à l'institution dont j'étais le représentant ; M. Herbst était heureux que ses confrères parisiens s'occupassent de son invention ; il tenait à honneur qu'elle fût jugée par vous digne d'approbation.

Il y a environ six ans que notre éminent confrère a commencé l'aurification par la rotation, mais voulant se baser sur des résultats certains, il ne l'a fait connaître que depuis deux à trois ans.

Comme on le sait déjà, cette méthode consiste, à tasser des cylindres d'or avec le fouloir à main, puis à leur donner des qualités adhésives, par la rotation d'instruments à forme de brunissoirs montés sur le tour dentaire.

Déjà, par l'ancienne méthode, on demandait au brunissoir, non seulement d'effacer les traits et les rugosités, mais aussi de comprimer l'or. Ce fut le point de départ de l'idée de M. Herbst, et ce qui se faisait à la fin de l'opération, il le pratique du commencement à la fin. Comme on le verra, cela produit l'adhérence la plus parfaite. On n'a jamais obtenu mieux par les autres procédés.

On ne peut pas dire que sa méthode soit trés difficile a appliquer : non ! Pourtant elle ne peut se pratiquer sans la connaissance de ses règles opératoires, sans l'habitude de ce genre de travail. L'une de ces conditions manquant, on s'explique les insuccès de certains qui, sans avoir vu, ou suffisamment expérimenté ont nié ses mérites. Elle demande d'être aussi minutieux, sinon plus, qu'avec l'or adhésif; la sécheresse absolue, par exemple, est rigoureusement nécessaire et la moindre humidité serait une cause d'échec ; de plus, le brunissoir donne parfois une solidité apparente que l'on doit sérieusement éprouver, sinon la méthode serait vite discréditée. L'une de ces conditions ne peut être omise. En nous appuyant sur les conseils de l'inventeur, sur ce qu'il a écrit dans son livre : *Das Füllen der Zæhne mit Gold nach deutscher Methode*, 1885 éditeur, C. Ash et fils, Berlin, sur nos essais personnels, nous vous parlerons : 1° des instruments ; 2° du procédé opératoire.

LES INSTRUMENTS

La série que je vous présente est indispensable: elle se compose d'instruments à main, d'autres devant être montés sur le tour

soit en acier, soit en pierres dures (pierre de sanguine *bluthsteine*, agathe). La simplicité de forme de ces instruments permet au dentiste de les fabriquer lui-même; les excavateurs, fouloirs et fraises hors d'usage deviennent rapidement appropriés à ce service. A ces outils d'obturation proprement dite, on doit ajouter quelques accessoires; du ressort de pendule pour faire les parois artificielles, de la gomme laque pour les soutenir.

Les aurifications par la méthode Herbst peuvent être polies comme les autres; pourtant, comme M. Herbst emploie des moyens perfectionnés pour cette partie de l'opération, je dois les faire connaître.

Les instruments à main. — Ils sont au nombre de quatre:

N° 1. — L'explorateur est un instrument droit, pointu, servant à sonder l'or, à découvrir les parties insuffisamment condensées, ce que décèle son enfoncement dans les couches déjà placées.

N° 2. — Un fouloir cylindrique droit, peu épais, sans hachures ou rayures; quoique cela, ainsi que les autres instruments, il n'est pas absolument poli comme l'est un brunissoir; il sert à condenser l'or dans les petites cavités, dans les dépressions que l'explorateur a fait connaître.

Le n° 3 est un fouloir un peu plus gros, mais de même forme que le précédent: il sert à tasser les larges superficies avant l'emploi des instruuments montés sur le tour.

Le n° 4 est un fouloir à angle obtus permettant d'atteindre les parties peu accessibles aux instruments droits, telles que celles en arrière de l'émail.

Dans cette nomenclature, j'omets à dessein les brucelles, elles ne sont que d'un faible secours; les fouloirs 2 et 3 prennent facilement l'or en appuyant un peu et en les faisant légèrement tourner entre les doigts, — un quart de tour environ. — Il est bon d'avoir son or dans une boîte à fond mou, cuir, amadou; les fouloirs adhèrent ainsi plus aisément aux cylindres.

Les instruments montés sur le tour sont, comme les fouloirs à main, presque lisses, n'ayant que les rayures que donnent le papier de verre, le papier émeri; ceux en acier sont cylindriques, comme les instruments à main; deux sont surtout indispensables, le 5 A et le 5 B.

Ceux en pierre sanguine forment une série de 5 des plus utiles; ils se terminent par un petit renflement, et servent à assurer la condensation commencée par les instruments à main.

Les brunissoirs en agathe sont aussi employés dans les grandes cavités; ils rendent à peu près les mêmes services que ceux en

pierre sanguine. Ces séries se reproduisent pour la main à angle droit.

Tout d'abord, M. Herbst enlevait les molécules d'or adhérant aux brunissoirs en acier et aux instruments à main en les faisant tourner sur de l'étain; les papiers de verre ou d'émeri rendent de meilleurs services. La méthode est ainsi devenue plus simple, et, pour cela, on n'a plus besoin de changer les instruments montés sur le tour, aussi souvent.

Les instruments doivent être trempés secs comme les excavateurs pour que les rugosités faites par le papier de verre ne soient pas usées trop vite.

On peut dans certains cas, faire les aurifications par la rotation sans le tour.

A la description des instruments d'aurification proprement dite, je joindrai celle de quelques accessoires, la gomme laque, et les matrices faites avec des bouts de ressorts de pendule ou de limes à séparer amincies.

La gomme laque noire est la meilleure, car elle a besoin de moins de chaleur pour être ramollie. On en prend un morceau grand comme une pièce de cinq francs, on la chauffe et l'appuie contre la ou les dents qu'on doit aurifier, ainsi que sur leurs voisines, en la faisant quelquefois dépasser la couronne de ces dents; puis on la met dans l'eau froide pour la durcir. On a pris ainsi une petite empreinte qui doit avoir à peu près la même épaisseur partout. S'il en est entré dans la cavité, on la coupe avec un ciseau à émail. Y a-t-il plusieurs dents à arranger? on peut prendre une empreinte au Stent et, sur le modèle coulé, faire la matrice. Le ressort doit être mince et de plusieurs hauteurs, selon les dents et la cavité. La gomme laque sert d'épaulement au ressort qui forme le bord de la matrice. Ainsi qu'on le verra plus loin, M. Herbst se comporte toujours comme s'il s'agissait d'une cavité centrale et lorsqu'une des faces manque, il en crée une artificiellement à l'aide de gomme laque et d'une lame d'acier qu'on peut recuire pour la plier suivant les cas.

On fait aussi une matrice qui ne se fixe pas dans la gomme laque et que nous dénommerons matrice élastique; elle est faite d'une lame d'acier excessivement mince et non recuite, ou de maillechort, on l'appuie en la tenant de la main gauche sur la dent contiguë à celle qu'on aurifie. Les instruments et l'or sont, grâce à cela, bien plus facilement introduits même dans des cavités peu accessibles, tout en protégeant la dent sur laquelle on n'opère pas.

Les disques. On sait combien les disques et pointes en corindon s'usent facilement. M. Herbst a cherché et a trouvé un moyen très heureux pour les remplacer, Ayant aplati la tête d'une fraise

ou d'un foret cassé, il l'entoure de cire ou de gomme laque selon la forme qu'il veut donner à la meule ou au disque ; afin d'obtenir des formes régulières, il les monte sur le tour, puis, pendant la rotation, il les tourne entre les doigts. La forme voulue obtenue, il met en moufle et bourre avec un mélange de :

Caoutchouc	1 partie.
Emeri moyen	2 parties.

Ce mélange est obtenu en malaxant fortement le caoutchouc chauffé avec de la poudre humectée de chloroforme. On doit éviter le contact immédiat du mélange et de l'acier et, pour cela, l'entourer d'une très faible épaisseur de caoutchouc ordinaire.

Si les disques sont devenus irréguliers, on les met dans l'acide nitrique en protégeant quelques parties par de la cire.

Il fait aussi des disques demi-flexibles, en coupant, dans une feuille de caoutchouc, un morceau rond d'environ 2 millimètres pour former la partie centrale qu'il entoure d'une feuille de caoutchouc mou ; le tout est mis entre des feuilles d'étain et est vulcanisé. On en peut faire de tous les diamètres.

Les disques demi-flexibles sont excellents pour employer avec la pierre ponce et la craie à polir. D'autres genres de disques sont ceux en caoutchouc préparé et en papier de verre, badigeonnés avec de la gomme laque en solution, ce qui les rend très forts et impénétrables à la salive. Il y a des instruments spéciaux pour les couper.

On peut faire des disques en papier émeri soi-même, en badigeonnant du carton ou du papier avec de la gomme laque et en soufflant de l'émeri dessus.

Je décrirai aussi les limes flexibles du docteur Berggren de Stockholm, qui consistent en un mince ressort à montre, chauffé assez pour fondre la gomme laque, et trempé dans l'émeri, immédiatement avant le refroidissement. On obtient ainsi une lime qui est très commode dans bien des cas, entre les petites molaires, par exemple, quand on veut atteindre les parties cervicales de la dent.

Pour porter la pierre de ponce. la craie ou le tripoli, il se sert de préférence des rubans de gutta-percha ou de velours. Je recommanderai, de même, les scies du docteur Bœdecker de New-York, elles sont supérieures aux limes à séparer pour limer les aurifications.

L'or adhésif en cylindres peu condensés, tels que les vendent les fournisseurs, est le mieux adapté pour ce genre d'aurification, surtout la marque Wolrab; pourtant, d'autres marques donnent aussi de bons résultats.

PROCÉDÉ OPÉRATOIRE

Nous parlerons d'abord des opérations préliminaires, puis de la préparation des cavités et enfin de l'aurification proprement dite.

Pour les aurifications par la méthode Herbst comme pour toutes celles à l'or adhésif, l'humidité est une cause d'échec ; donc la pose de la digue est presque toujours indispensable,

L'ingéniosité de M. Herbst s'est exercée sur ce point comme sur tant d'autres; il a simplifié le mode opératoire de la fixation du rubber-dam, en employant les épingles comme nous en avons parlé dans l'*Odontologie* (1). Il se sert rarement du fil et seulement selon la méthode du docteur Degener, qui consiste à ne faire avec le fil qu'un tour de la dent, puis un nœud ; en tirant un bout entre la dent à aurifier et la voisine où il est serré et retenu en place, le fil enfonce la digue entre la dent et la gencive. Ainsi l'on a un bout lingual et un bout labial ; pour l'ôter, il suffit de retirer le bout lingual.

Pour les caries du collet, il a construit un clamps très ingénieux. Si, par exemple, la grande incisive supérieure droite a une carie du collet, il pose la digue sur les six dents antérieures et la fixe avec des coins en bois glissés dans les interstices. Avec un morceau d'amadou, il sèche le tout, puis emboîte les dents dans la gomme laque ou du stent ; — pour le refroidir, il y passe une éponge mouillée. — Avec une pince, on chauffe le clamps et on l'applique dans la gomme laque en refoulant la gencive jusqu'à ce que la carie soit bien à découvert. Avec la main gauche, on a préalablement tiré la digue, On laisse le clamps se refroidir, on place un morceau d'amadou en haut, on abandonne ensuite la digue, et la carie est bien dans le jour sans risque d'être atteinte par l'humidité.

AURIFICATION DES CAVITÉS CENTRALES

Préparation de la cavite.

L'ivoire ramolli enlevé, on prépare sa cavité comme pour l'or mou, avec des bords solides et en forme pyramidale ayant le sommet en dehors; les points de rétention sont inutiles. Les raclures d'ivoire enlevées, la cavité séchée par l'alcool absolu et à l'air chaud, elle est prête à recevoir l'or. Pour une grande cavité, un ou deux cylindres n° 0 sont placés et foulés ; pour une moyenne, un ou deux cylindres n° 1. Ces cylindres sont couchés à plat selon leur

---

(1) Voir *Odontologie*, août 1885, p. 329. — Un nouveau moyen de fixer la digue.

grand axe et comprimés énergiquement par le fouloir à main à pointe lisse, ensuite avec les outils montés sur le tour; il faut toujours tourner le fouloir d'un quart ou d'un demi-tour, cela est très important. Avec l'instrument n° 5, on condense cette première couche en faisant courir le brunissoir sur toute la superficie : la rotation ne s'exerçant que sur un point perforerait l'or ce qui doit être évité. Ensuite, l'explorateur que je vous ai déjà présenté, cherche si dans cette première couche on peut trouver des points faibles, c'est-à-dire moins durs que les voisins. Ces défectuosités sont comblées par de petits cylindres qu'on condense à la main, puis au tour. Chaque couche doit être dure et égale, bien tassée contre le fond et les parois de la cavité.

On procède de la même manière pour la deuxième couche, et, ainsi de suite, jusqu'à ce que la carie soit remplie.

Près les bords, on doit sonder minutieusement; s'il y a des défectuosités, on ajoute des petits morceaux passés à la flamme. Pendant que la digue est placée, on doit limer et polir l'aurification tout à fait, ce qui a une grande importance; car, si l'on découvrait encore des endroits faibles, on pourrait encore y remédier. Ici, comme avec toutes les aurifications, il ne faut pas souffrir la moindre irrégularité, la moindre lacune entre l'aurification et la dent.

Ces règles générales sont applicables à toutes les dents; nous allons montrer leurs différences à propos d'autres cas.

AURIFICATION DES INCISIVES

Cavités proximales.

Dans l'hypothèse où les deux grandes incisives doivent être aurifiées, on doit mettre la digue autour des six dents du devant. S'il n'y a pas une ouverture suffisante entre les deux dents, on agrandit les trous par l'extérieur, — le côté labial, — les aurifications n'en seront pas beaucoup plus visibles. Si l'émail est décoloré, fragile, on enlève les parties altérées avec un disque en papier de verre, monté sur le tour, en cherchant à glisser entre les deux dents. On fait ainsi les bords propres et nets; cela donne en même temps un peu de place. Si les dents sont trop serrées, on les écarte instantanément en glissant entre elles un couteau émail plat e mince, on maintient l'écart par des coins en bois placés vers le collet, on rend ainsi les cavités accessibles et en pleine lumière.

Même pendant la préparation de la cavité, on peut se servir de la matrice élastique pour ne pas toucher à l'autre dent.

Quand la ou les cavités sont d'une certaine étendue, il est bon de se servir de la matrice d'acier fixée dans la gomme laque. On place le morceau de ressort chauffé de manière à ce qu'il n'atteigne

que la moitié de l'épaisseur de la dent, c'est-à-dire qu'il ne doit reformer que la paroi postérieure de la cavité,—la partie linguale, —la partie labiale restant libre pour introduire l'or et les fouloirs.

L'excavation finie, préparée selon la forme indiquée, on monte sur le tour un instrument n° 5 en acier; il doit être assez fin pour se mouvoir librement dans la cavité. Un ou deux cylindres n° 2 ou n° 3, sont placés, d'abord à la main et bien condensés ensuite à l'aide du tour ; avec l'explorateur, on cherche les points où l'on peut enfoncer, on les remplit ; comme il a été dit précédemment. Les autres couches sont placées, condensées et éprouvées de même.

La partie linguale de la dent est considérée comme fond de la cavité et non la partie cervicale comme pour les autres genres d'aurification. L'obturation doit être sérieusement sondée dans l'angle que le bord d'émail forme ; l'instrument monté sur le tour, l'atteignant difficilement, on a souvent sur ce point l'apparence d'or bien condensé et on ne s'aperçoit des lacunes, que lorsque l'opération est à peu près terminée. Pour éviter cela, un instrument à angle droit ou légèrement obtus, condensera à la main sur ce point.

Les bords atteints, on place encore quelques couches qui sont foulées et polies, par un instrument n° 8 où n° 11. Ces dernières couches sont condensées en faisant courir le fouloir-brunissoir sur la hauteur de l'aurification, en commençant par le bord cervical pour terminer vers le bord libre. Cela deux ou trois fois. Si tout est bien fait, l'or doit être assez dur pour qu'on puisse le limer et scier comme on le ferait avec une aurification à l'or adhésif bien exécutée. La scie (modèle Bœdecker) rend, dans ce cas, de grands services; on doit s'en servir en poussant et non en tirant. On finit ce genre d'aurification avec les bandes en émeri tenues à la main, ou avec les disques en papier montés sur le tour, avant de commencer l'autre cavité. Celle-ci, on la fait comme la première ; les deux faites, on leur donne un dernier coup, à l'aide du tripoli et des disques en gutta-percha: cela est très nécessaire afin que l'émail limé devienne lisse et uni. Toutes les incisives sont aurifiées de la même manière. Toutes les obturations métalliques, étain, amalgame, s'exécutent de même.

On comprend que toutes les cavités à ouverture labiale sont ainsi très faciles à aurifier : il n'en est pas toujours de même de celles qui se font jour du côté de la langue; j'ai vu avec admiration M. Herbst les exécuter avec une grande aisance en conservant la face labiale. Nous ne conseillerons de pareilles opérations qu'à ceux qui deviendront tout à fait familiarisés avec la méthode : elles s'exécutent à l'aide de la paroi élastique et des fouloirs coudés. Un moyen plus simple consiste à reconstituer avec la gomme laque et un bout de ressort une paroi postérieure artificielle que

la main gauche soutient et à se faire jour par le côté externe, ainsi les fouloirs à main placent et condensent un ou deux cylindres n° 1 à la pointe cervicale et en arrière; puis l'instrument n° 5, monté sur le tour, agit comme il a été dit précédemment. Ceci fait, l'explorateur sonde cette première couche ou base. La cavité remplie, on ôte la matrice et on recherche les défectuosités pour les combler et condenser de nouveau, par les instruments de n°1 à n° 4 ou par la pierre sanguine.

Si on a à reconstituer la moitié ou le tiers d'une incisive on pose la digue sur 6 à 8 dents, on prend l'empreinte à la gomme laque comme il est indiqué ci-dessus, ensuite on y creuse à l'échoppe une couronne comme on veut la reconstituer. On pose des morceaux de ressorts, deux pour une défectuosité triangulaire, un pour la face proximale et un pour la face triturante ; la gomme laque forme le troisième côté, la paroi linguale. Dans le cas où l'on doit refaire la moitié d'une dent, trois morceaux doivent être fixés, un pour la face triturante et deux pour les faces proximales. Les parties latérales peuvent dépasser un peu, tandis que le morceau pour la partie triturante ne doit avoir que l'épaisseur juste de la dent. De cette manière il est plus facile de polir la dent quand elle est finie.

Pour ces grandes aurifications, les points de rétention ne sont pas nécessaires, seulement on leur assurera une base assez large; si les bords de l'émail sont trop épais, il y a avantage à les amincir sans les rendre tranchants, pour que l'aurification émerge de la cavité avec une certaine épaisseur. Lorsqu'on a atteint les bords de la cavité, on continue la reconstitution en ajoutant de nouveaux cylindres, en les plaçant, foulant, condensant comme s'il s'agissait d'une cavité centrale.

L'AURIFICATION DES PRÉMOLAIRES

Parmi les dents qui sont les plus sujettes à la carie et qui offrent le plus de difficultés à aurifier par la méthode ordinaire, il faut compter les petites molaires ; tandis qu'avec la méthode de rotation et les perfectionnements accessoires cela devient très facile. Pour cela il n'y a qu'a bien fixer la paroi artificielle.

Quand la cavité est près de la gencive, l'entrée doit être obtenue par le côté de la joue; cependant, on trouve le plus souvent les deux petites molaires cariées à la fois. Alors on doit chercher à passer une bande de papier de verre ou d'émeri entre les dents, afin d'avoir toutes les parties de la cavité bien accessibles. La digue mise en place, la matrice élastique est pliée contre le côté

opposé, on prépare et remplit la cavité de la manière qui est décrite pour les incisives; ceci fait, on lime et polit l'aurification afin de dégager l'entrée de l'autre cavité. Pour bien polir ces genres d'aurifications, on doit employer les limes demi-rondes (système Berggren de Stockholm). A-t-on à reconstituer les cavités des deux petites molaires supérieures, on place la matrice courbée entre les dents. Pour la deuxième petite molaire, cavité antérieure, il faut que la paroi artificielle n'atteigne qu'à peine la hauteur de la dent, pour ne pas diminuer l'entrée de la cavité, tandis que pour la première molaire, cavité postérieure, la paroi artificielle doit même dépasser la dent.

Sitôt la matrice placée, pour la deuxième petite molaire, on remplit la cavité de la première, par la gomme laque qui résiste admirablement à la pression. S'il n'y a pas de carie, on fixe la matière par des coins de bois. La première couche d'or doit être mise avec de grandes précautions, et chaque morceau, foulé par l'instrument à main en faisant toujours un demi-tour. La cavité remplie, on ôte la matrice et cherche les défectuosités. Avec les disques on la finit avant de commencer l'autre.

On peut se servir de la même matrice pour la cavité voisine, après l'avoir tournée avec la pince, on peut aussi prendre un ressort plié en deux, le presser entre les dents, un morceau de bois en coin le fixe. Quand la matrice est bien fixée, le travail se fait avec une simplicité étonnante. Si la cavité descend au-dessous de la gencive, la dentine se trouve presque toujours un peu ramollie, donc on ne doit pas essayer de faire une rainure, et, dans ces cas, M. Herbst couseille de mettre une couche d'étain.

Combinaison d'or et d'étain.

Par la méthode rotative, l'étain se laisse facilement travailler; encore plus facilement que l'or. On coupe une feuille n° 8 ou 10, la roule en corde entre les doigts et la coupe en trois ou quatre morceaux. Étant plus mou que l'or, il suffit de bien dégager le bord supérieur de la carie. La couche d'étain faite, on continue avec des cylindres d'or légèrement chauffés, on les fait adhérer par l'instrument à main pour les condenser au tour par les instruments en pierre sanguine, qui, dans ces cas, doivent être employés de préférence.

Obturations à l'amalgame par la rotation.

M. Herbst préconise aussi les instruments à rotation pour les obturations à l'amalgame. On peut dire que tous les amalgames sont mieux faits par la rotation et je la pratique dans tous les cas.

Tous les praticiens comprennent quelle utilité, quels avantages pour l'adhérence à la dent, pour la cohésion de l'amalgame, doivent en résulter. La cavité doit être préparée comme pour l'or et la digue mise ; en cas de reconstitution, on se sert de la matrice et des mêmes instruments que pour l'étain. S'il y a trop de mercure, on l'enlève par les cylindres en or et non en étain, que certains emploient, ce qui a le désavantage de l'amalgamer et fait qu'on a superficiellement les inconvénients de l'amalgame d'étain.

CONCLUSIONS

Vous me pardonnerez ces longues explications, elles étaient, pensons-nous, nécessaires pour ceux de nos confrères qui ne peuvent assister aux démonstrations pratiques.

J'ai essayé de leur rendre possible l'expérimentation de la méthode par le seul secours de l'explication écrite. Puissé-je avoir réussi !

Quels sont les avantages du progrès auquel le Dr. Herbst a attaché son nom ? Pour nous, comme pour tous ceux qui l'ont expérimenté dans les conditions voulues, avec la patience nécessaire, ils sont multiples.

1° Adaptation parfaite aux parois.

2° Adhésivité des cylindres aussi parfaite qu'avec l'or adhésif foulé au maillet.

3° Dureté de la masse obturatrice.

4° Possibilité d'aurifier des dents considérées jusqu'ici comme non aurifiables, des dents aux parois minces et fragiles.

5° Diminution des douleurs du patient, la rotation du brunissoir étant mieux supportée que le coup de maillet, surtout celui du maillet automatique.

6° Enfin, chose précieuse pour nous tous, ainsi que pour les malades : une économie de temps.

On remarquera que ce progrès est obtenu, non par une complication des procédés de l'arsenal opératoire, mais, au contraire, par leur simplification;

Au grand nombre de fouloirs dont la description remplit les catalogues des fournisseurs et qui encombrent nos tiroirs, M. Herbst substitue quelques instruments que chacun de nous peut faire.

Au progrès principal s'ajoutent des progrès de détail : dans la pose de la digue, dans l'emploi de la matrice, dans le polissage des obturations.

J'aurais voulu vous entretenir d'autres perfectionnements aux-

quels M. Herbst m'a si généreusement initié ; ce sera, si vous le permettez, le sujet d'une autre communication.

Oui, l'inventeur de la méthode rotative est un vrai dentiste, praticien et esprit supérieur. Si je n'avais tant d'autres raisons de le croire, cela me serait encore prouvé, par le gracieux accueil dont il a bien voulu honorer le représentant, en cette circonstance, de l'École dentaire de Paris, et les heures passées dans son cabinet d'opérations resteront toujours pour moi comme le souvenir d'une des plus grandes joies qu'un dentiste, aimant son art, puisse éprouver.

CONDITIONS D'INNOCUITÉ DE L'ANESTHÉSIE

ET DE SUCCÈS DE L'OPÉRATION PENDANT L'ANESTHÉSIE AU PROTOXIDE D'AZOTE PUR.

Mémoire communiqué à la Société d'Odontologie

(*Séance du 29 Décembre*)

Par le docteur A. AUBEAU,

Professeur d'anesthésie à l'Ecole dentaire de Paris.

Le premier, croyons-nous, nous avons attiré l'attention sur les dangers que présente l'anesthésie au protoxyde d'azote pur, lorsqu'on ne s'entoure pas de toutes les précautions désirables (1).

Aujourd'hui qu'un fait retentissant est venu confirmer tristement nos affirmations et jeter l'alarme un peu partout, nous croyons qu'il est de notre devoir de reprendre la question et de la présenter sous son véritable jour.

Nous n'avons pas l'intention de refaire ici l'étude complète du protoxyde d'azote, étude que nous avons déjà publiée antérieurement. (Voir *loc. cit.*)

Nous nous proposons simplement d'établir que *l'anesthésie au protoxyde d'azote pur peut être toujours obtenue sans danger, lorsqu'on la pratique dans les conditions voulues.*

Le public après avoir accueilli le protoxide d'azote, par ignorance, avec une confiance aveugle, est sur le point de le rejeter, par terreur, avec une défiance aussi peu justifiée. — C'est le droit du public, qui n'est pas renseigné.

---

(1) *Ondontologie*, 3e année. Vol III, no 12, p. 364 et suivantes et *Aide Mémoire* du chirurgien dentiste. *Paris.* Article Anesthésie.

Mais, d'autre part, et la chose devient plus grave, nous voyons poindre, dans un milieu plus scientifique, une tendance complètement adverse à ce gaz.

Il est vraiment curieux d'observer avec quelle désinvolture certains amateurs tranchent la question sans la connaître! Heureusement que la haute autorité de M. P. Bert a définitivement établi la puissance anesthésique du protoxyde d'azote; autrement, ce serait bientôt fait: on le classerait aujourd'hui, sans autre forme de procès, parmi les agents d'asphyxie.

Pour un peu, on l'accuserait de tous les accidents pathologiques passés, présents et futurs, et l'on découvrirait que l'homme qui se noie et celui qui tombe des tours de Notre-Dame, sont des victimes tardives du protoxyde d'azote.

Remettons les choses au point.

Le protoxyde d'azote ne mérite *ni cet excès d'honneur, ni cette indignité.* C'est un anesthésique : il n'est pas absolument inoffensif, nous l'avons dit depuis longtemps, mais il faut se hâter d'ajouter que c'est le moins dangereux des anesthésiques.

Le chloroforme et l'éther ont leur nécrologe, le protoxyde d'azote, hélas ! a aussi le sien. Mais les victimes du chloroforme et de l'éther sont nombreuses, et celles du protoxyde d'azote, on les compte.

Pourtant, il est présumable que ce gaz a été administré aussi souvent que le chloroforme et l'héter.

En tous les cas, c'est par *centaines de mille* qu'il faut grouper les anesthésies au protoxyde pur, pratiquées seulement par quelques hommes: Coleman, Clover, le docteur Préterre, de New-York, Préterre, de Paris, et Duchesne.

Il n'est donc pas si redoutable.

Nous allons même plus loin en disant que *son usage peut toujours être dépourvu de danger.*

Le tout est de savoir le manier et de l'employer dans les conditions voulues.

Or, un point domine toute l'histoire du protoxyde d'azote et ce point capital, précisément, paraît avoir complètement échappé à ceux qui ont étudié l'anesthésie proto-azotée occasionnellement.

Le protoxyde d'azote est successivement anesthésique, puis asphyxique.

Si l'on administre ce gaz sans règle et sans mesure, le patient passe, sans qu'on en ait concience, de l'anesthésie à l'asphyxie.

C'est ce qui arrive toujours lorsqu'on prolonge les inhalations jusqu'au moment où le patient *vire*, *tourne au violet*, *passe au bleu*, manière de faire éminemment dangereuse et que nous avons toujours condamnée. (Voir nos travaux antérieurs, *loc. cit.*)

Sachez distinguer l'instant où l'anesthésie est obtenue et où l'asphyxie va commencer: arrêtez-vous là, et si le malade est d'ailleurs dans les conditions voulues, *vous n'aurez jamais d'accident.*

Nous avons cherché le moyen d'établir cette distinction impor-

tante entre la période d'anesthésie et la période d'asphyxie; et ce moyen nous l'avons trouvé et fait connaître.

A plusieurs reprises, nous avons publié notre méthode, qui est simple, d'une précision en quelque sorte mathématique, qui permet de suivre seconde par seconde la marche de l'anesthésie, de s'arrêter au moment voulu, et d'obtenir des anesthésies parfaites, inoffensives, sans le moindre phénomène asphyxique.

Jusqu'à présent, nous avons fait tous nos efforts pour la vulgariser, en l'exposant dans les organes spéciaux et dans nos cours, en l'employant constamment à la clinique anesthésique de l'Ecole Dentaire de Paris et dans notre pratique privée.

Nous allons l'exposer encore, en examinant du même coup, les *autres* conditions de l'anesthésie.

En effet trois facteurs entrent en jeu, dans une opération exécutée pendant l'anesthésie : L'anéthésiste, le patient, l'opérateur.

Les véritables dangers du protoxyde d'azote sont : l'ignorance, l'imprudence ou l'inexpérience de l'anesthésiste ou bien l'état morbide dans lequel se trouve le patient.

Quant à l'insuccès de l'opération, il vient soit des difficultés opératoires, soit de l'inhabileté de l'opérateur.

Un opérateur maladroit dira autant de mal du protoxyde d'azote, qu'nn anesthésiste incompétent.

Que chacun soit à la hauteur de son rôle et l'on n'aura jamais à incriminer le protoxyde d'azote !

Qu'on nous passe cette entrée en matière qui répond aux exagépations. Nous abordons, dès à présent, l'étude des conditions l'innocuité et de succès de l'anesthésie au protoxyde d'azote pur.

I

CONDITIONS RELATIVES A L'ANESTHÉSISTE

L'anesthésie est une opération délicate, importante, engageant toujours la responsabilité et qui, ainsi que nous venons de le dire, peut entre les mains d'un ignorant ou d'un imprudent devenir périlleuse. On ne saurait, en aucun cas, confier cette opération au premier venu.

La conduite de l'anesthésie, nous ne saurions trop le répéter, exige, outre des connaissances théoriques étendues, une expérience qu'on acquiert par l'observation et la pratique ; une prudence excessive et une vigilance de tous les instants.

L'anesthésiste doit être capable d'examiner le patient, de reconnaître s'il est apte à subir l'anesthésie, en un mot, de conseiller ou de refuser, en toute connaissance de cause.

Nous ne reviendrons pas ici, sur le rôle de l'anesthésiste avant pendant et après l'opération (1) ; mais nous rappelerons que ce rôle est assez important pour qu'on s'en occupe exclusivement. Nous comprenons difficilement comment la même personne peut accepter la double responsabilité de l'anesthésie et de l'opération.

L'anesthésiste tient entre ses mains la vie du patient. C'est à lui de savoir diriger l'anesthésie méthodiquement de façon à prévoir les accidents, à les prévenir et à les combattre s'ils viennent à se produire.

Ceci dit. voici l'exposé de notre méthode :

« Elle consiste a faire accomplir au malade pendant les inhalations et sur un signal convenu, un mouvement de l'avant-bras.

Avant de commencer les inhalations, nous convenons avec le patient que nous allons compter à haute voix : cinq, dix, quinze, vingt, etc., et que chaque fois qu'il entendra le nom d'un chiffre, il lèvera et abaissera l'avant-bras pour nous avertir qu'il est éveillé.

Plaçons ici quelques remarques. Cette pratique occupe la pensée du malade, la détourne de l'idée de l'opération, diminue ses appréhensions, le place par conséquent dans un état de calme relatif favorable à l'anesthésie et fait enfin que la respiration est plus régulière.

Nous avons constaté que, dans nombre de cas, le malade, n'ayant pas bien saisi le sens de la convention, ne répond pas régulièrement au signal et *bat la mesure*, c'est-à-dire qu'il fait le mouvement de l'avant-bras à des intervalles qui lui paraissent réguliers, et avant qu'on ait prononcé le chiffre conventionnel.

Lorsque les choses marchent de cette façon, le bénéfiice que l'on espérait tirer de cette manœuvre est souvent perdu. En effet, le malade continue à battre automatiquement la mesure, même pendant la période d'anesthésie confirmée.

Il est donc nécessaire de bien spécifier les conventions, et, dans ce but, nous faisons toujours répéter l'exercice avant de commencer les inhalations. Nous disons à satiété au malade : Il est bien entendu que vous ferez le mouvement seulement lorsque vous entendrez le nom d'un chiffre ; votre avant-bras ne doit pas bouger si je ne parle pas.

En prenant ces précautions, l'on est assuré d'un bon résultat. Il y a là, en somme, à faire une sorte d'éducation du système nerveux.

A quels intervalles l'anesthésiste doit-il compter ?

On peut, montre en main, appeler le nom d'un chiffre toute. les 5 secondes, mais l'habitude est ici le meilleur chronomètres Si le sujet est robuste, et que nous prévoyions que l'anesthésie sera longue à obtenir, nous espaçons nos appels de 8 en 10 secondes. Quand, au contraire, nous avons affaire à un enfant, à une

(1) Voir *Article anesthésie* de l'Aide-Mémoire (*loc. cit*).

femme, à un patient débilité, chez qui l'anesthésie marche rapidement, nous comptons toutes les 3 et même toutes les 2 secondes.

En toute occurence, nous rapprochons les appels à mesure que l'anesthésie avance.

Ceci dit, entrons dans quelques détails. Au début des inhalations, les mouvements du malade sont énergiques, mesurés, coordonnés ; la main retombe sur le genou avec assurance. Bientôt, à un moment qui répond à la période d'excitation, ces mouvements sont exagérés, violents ; à peine avons-nous prononcé le chiffre que la main se lève pour retomber brusquement dans le vide ou sur le bras du fauteuil. Puis le malade ne répond plus qu'imparfaitement à l'appel ; on remarque un retard dans la perception. L'avant-bras ne se déplace qu'un certain temps après que le chiffre a été prononcé ; il se lève plus lentement et moins haut ; il retombe inerte, et cette paresse, cette inertie, s'accentuent jusqu'au moment où l'appel de l'anesthésiste reste sans réponse.

La perception est abolie ; la résolution musculaire survient presque simultanément, la sensibilité générale est éteinte ; la période d'anesthésie confirmée est imminente. Elle n'est pas encore assez avancée toutefois pour qu'on puisse commencer l'opération. Si l'on tentait à ce moment de pratiquer une incision ou l'avulsion d'une dent, le patient se réveillerait en criant.

Cet ennui nous est arrivé à plusieurs reprises dans les premiers temps. C'est qu'en effet, telle quelle, la méthode est incomplète. La cessation des mouvements volontaires du malade annonce bien le début de la période d'anesthésie confirmée, mais elle n'indique pas le moment précis du *sommeil chirurgical.*

Il faut encore poursuivre les inhalations pendant plusieurs secondes.

Mais quel phénomène va désormais nous servir de guide, quel signe nous indiquera mathématiquement le moment auquel il faut cesser les inhalations et commencer l'opération ? Ce signe, c'est le *réflexe palpébral.* Dès que le malade cesse de répondre à notre appel, nous écartons les paupières et nous touchons légèrement la conjonctive ; si le clignotement se produit, nous continuons les inhalations. Au contraire, dès que nous pouvons toucher la conjonctive sans provoquer de mouvements de paupières, nous écartons l'inhalateur. Il est temps de procéder à l'opération.

En résumé, les modifications qui surviennent dans les mouvements de l'avant-bras indiquent nettement la marche de l'anesthésie. La cessation de ces mouvements annonce le début de la période d'anesthésie confirmée, mais il s'écoule encore quelques secondes avant que le *sommeil chirurgical* soit obtenu.

Tant que le réflexe palpébral persiste, il faut continuer les inhalations. Dès qu'il est aboli, il faut écarter l'inhalateur et commencer l'opération.

En suivant cette pratique, l'on est assuré d'intervenir mathématiquement au moment opportun, et on n'a pas à craindre les dangers de l'asphyxie.

Jamais on n'observe la *teinte cyanique* des paupières, des lèvres et des ongles.

A peine rencontre-t-on par hasard, chez quelques sujets, une légère décoloration du visage.

Grâce à cette méthode, l'anesthésiste ne perd pas de vue une seconde la marche de l'anesthésie; il sait toujours où en est son malade. Il le conduit sûrement jusqu'à la période du sommeil chirurgical et s'arrête avant que les phénomènes asphyxiques commencent. Depuis cinq ans que nous administrons quotidiennement le protoxyde d'azote, de cette façon, nous n'avons jamais eu d'insuccès, et, qui mieux est, nous n'avons jamais observé d'accidents immédiats ou consécutifs.

Nous sommes même persuadé que, si le malade est dans de bonnes conditions et ne présente aucune des affections que nous allons énumérer, il est impossible qu'il se produise des accidents.

Toutes réserves faites à propos de l'état du patient, les accidents observés pendant l'anesthésie proto-azotée sont dus à ce qu'on pousse les inhalations au delà de la période d'anesthésie, en attendant que le patient tourne au *violet*.

Aussi n'avons-nous pas été étonné de lire dans les comptes rendus de la Société de Biologie (séance du 28 novembre 1885) une communication faite par M. le Dr Laffont sur *les contre-indications aux inhalations de protoxyde pur*. Le mémoire rapporte cinq observations, deux personnelles et trois fournies par des chirurgiens-dentistes et relatives à des accidents secondaires graves (*avortement, chloro-anémie, attaques d'épilepsie, aggravation de la glycosurie chez un diabétique, œdème et albuminurie chez un cardiaque*), consécutifs à l'anesthésie proto-azotée. Il importe de remarquer que dans la plupart de ces observations il est formellement spécifié que le gaz a été administré jusqu'à ce que les patients *virent*, se *cyanosent*, *deviennent bleus* (1).

Notre savant confrère discute, avec une grande compétence, la cause de ces accidents divers et arrive à conclure, comme nous l'avions fait dans nos publications antérieures, que cette cause est l'*asphyxie*. Nous sommes heureux de voir nos observations confirmées par celles d'un éminent physiologiste. Son travail vient à l'appui de notre thèse et démontre une fois de plus la nécessité de suivre une méthode rigoureuse pour la couduite des inhalations.

Terminons ce premier paragraphe en disant qu'on n'aura pas à regretter de tels accidents dans les cas où l'anesthésiste sera capable d'apprécier l'état de son malade et d'administrer le gaz scientifiquement.

---

(1) Voir comptes rendus des séances de la Société de Biologie, nº 41 4 décembre 1885, p. 716 et 717.

§ II

Conditions relatives au patient.

Le protoxyde, l'azote, le chloroforme, l'éther et les autres agents anesthésiques administrés méthodiquement, produisent l'abolition de la sensibilité et suppriment, par conséquent, la douleur pendant les opérations chirurgicales.

Mais en abolissant la sensibilité, les anesthésiques annihilent simultanément la plupart des autres fonctions du système nerveux. Et comme le système nerveux est le grand moteur, le grand régulateur des actes vitaux, il en résulte que l'anesthésie entraîne une suspension momentanée de la plupart des phénomènes qui constituent la vie.

Seuls deux fonctions résistent et ne s'endorment pas (au moins quand le système nerveux est sain et quand l'anesthésie est conduite avec prudence). Ce sont la respiration et la circulation

Ces deux fonctions, respiration, circulation, suffisent pour entretenir la vie pendant l'anesthésie.

Il est facile de comprendre, d'après ce court exposé, que du système nerveux, du cœur et des voies respiratoires, dépend la vie du sujet soumis à l'action des agents anesthésiques. C'est donc sur le système nerveux, le cœur et les voies respiratoires, que doit se concentrer toute l'attention, puisque c'est de ces organes que peut venir le danger.

D'une façon générale toute maladie grave du système nerveux du cœur et des voies respiratoires est une contre-indication de l'anesthésie.

Enumérons rapidement ces maladies :

A. Maladies du système nerveux qui s'opposent a l'anesthésie.

1° *Congestion cérébrale*. D'après nos observations, le protoxyde d'azote congestionne l'encéphale. Il est donc imprudent d'administrer ce gaz aux sujets qui ont eu antérieurement une attaque de congestion, à ceux qui sont sous l'imminence d'une attaque, où à ceux qui y sont prédisposés.

On emploiera ce gaz, avec la plus grande circonspection, chez les *plethoriques*, chez les individus à *tempérament apoplectique*.

2° *La thrombose, l'embolie, le ramollissement cèrébral, l'hémorrhagie cérébrale, l'encéphalite aiguë ou chronique, les différentes variétés de méningite, les tumeurs de l'encéphale* sont des contre-indications absolues de l'anesthésie. Il est vrai de dire que les malades atteints de l'une de ces affections demandent rarement à être anesthésiés. Pourtant le cas se présente, et nous pourrions

relater un certain nombre d'observations personnelles pleines d'enseignement. Une seule suffira. En mai 1884, nous sommes appelé pour administrer le protoxyde d'azote à un homme de 55 ans, en apparence robuste et bien portant, mais chez lequel nous observons immédiatement un certain degré de parésie des membres, côté gauche. L'interrogatoire du malade nous révèle qu'il a eu, six mois auparavant, une attaque d'apoplexie. Nous refusons catégoriquement et malgré ses supplications, de l'anesthésier au protoxyde d'azote. Le patient se rejette sur le chloroforme ; nous refusons de même. Bref, il est obligé de supporter l'extraction de ses dents sans anesthésie. Deux jours après, ce malade mourait d'une nouvelle attaque d'apoplexie. Il est plus que probable que l'anesthésie eût été fatale.

3° *Maladies de la moelle épinière.* Ce que nous venons de dire des maladies de l'encéphale, s'applique exactement aux maladies correspondantes de la moelle et de ses enveloppes.

En résumé, toute *lésion ancienne ou récente* du système nerveux central est une contre-indication absolue de l'anesthésie au protoxyde d'azote.

4° Les *névroses proprement dites, sans lésion du système nerveux*, ne sont pas des contre-indications aussi formelles. Chez les *hystériques*, en particulier, nous n'avons jamais observé d'autre accident que l'explosion d'une crise, soit au début de l'anesthésie, soit au réveil, sans que l'état ultérieur des malades ait été sensiblement modifié.

L'Epilepsie et la Chorée exigent plus de réserve et, d'une façon générale, le meilleur est de s'abstenir. On aura toujours à l'esprit l'observation 3 du mémoire du Dr Laffont. Elle a trait à un jeune étudiant de 19 ans qui vit reparaître, chaque jour à la même heure, une attaque d'épilepsie, après avoir subi l'anesthésie au protoxyde d'azote. Il est vrai de dire que les inhalations avaient été conduites jusqu'à ce qu'il vire.

Notre conduite personnelle, en présence de sujets épileptiques ou choréiques, est dominée par des considérations de différents ordres. En règle générale, nous préférons nous abstenir, nous l'avons dit. Toutefois il nous est arrivé, à plusieurs reprises, d'administrer le protoxyde d'azote à des épileptiques, sur la demande de confrères dont la science n'est pas discutable. En pareil cas, quelque affection dentaire était la cause des attaques d'épilepsie. En employant la méthode que nous avons décrite, les opérations eurent un plein succès et les crises disparurent.

On n'a plus les mêmes raisons d'abstention chez les personnes qui se qualifient elles-mêmes de *nerveuses*. C'est-à-dire chez lesquelles on observe un degré prononcé d'excitabilité du système nerveux central et périphérique.

Les choses se passent, en pareil cas, toutes propositions gardées, comme chez les hystériques.

5° *Alcoolisme-Ethérisme-Morphinisme*. L'abus de certains poisons, tels que l'alcool, l'éther, la morphine produit à la longue des perturbations graves du système nerveux.

Au point de vue spécial qui nous occupe, ces perturbations ont comme résultat une résistance plus grande à l'action des anesthésiques. La période d'excitation est plus longue, plus agitée ; le sommeil moins profond et plus court.

Cependant ces états ne sont des contre-indications de l'anesthésie, qu'autant qu'ils se compliquent de lésions méningo-encéphaliques, cardio-vasculaires ou broncho-pulmonaires.

B. Maladies du cœur et de ses annexes.

D'une façon générale, toutes les maladies du cœur et de ses annexes constituent des contre-indications de l'anesthésie. Telles sont : Les *différentes variétés de péricardite*, la *cardiectasie*, la *dégénérescence graisseuse du cœur*, les *endocardites*, l'*aortite*, l'*athérome*, les *anévrysmes*. Nous ne faisons d'exception que pour l'*hypertrophie simple* et certaines *palpitations* d'origine nerveuse qui ne se rattachent à aucune lésion. Les *troubles cardiaques liés à l'anémie* doivent être rapprochés de ces dernières affections.

Ajoutons que beaucoup de malades, atteints de *troubles gastriques*, se trompent sur leur état et s'imaginent avoir une maladie du cœur, parce qu'ils éprouvent des douleurs au côté gauche, des palpitations, des étouffements, des faiblesses et parce qu'ils s'essoufflent facilement. Il est clair que le moindre examen médical aura vite fait justice de cette prétendue maladie de cœur et qu'il n'y a pas là de contre-indication à l'anesthésie.

C. Maladies des voies respiratoires.

Toute affection des voies respiratoires étant par elle-même une cause de dyspnée, toute cause entravant directement ou indirectement l'amplitude des mouvements respiratoires sont encore des contre-indications.

Telles sont : Les *bronchites* étendues, avec catarrhe abondant (*bronchorrhée*), la *coqueluche*, l'*asthme*, l'*emphysème pulmonaire*, la *congestion* et l'*œdème* du poumon, les lésions plus graves encore telles que la *gangrène pulmonaire*, la *tuberculose avancée*, les *tumeurs des poumons* ou *des médiastins*.

Ajoutons encore la *pleurésie* avec adhérences étendues et les *epanchements pleuraux*.

Diverses *affections abdominales*, refoulant le diaphragme vers la cavité thoracique, et gênant les mouvements respiratoires, telles que : *L'ascite abondante*, le *tympanisme*, les *tumeurs volumineuses*, sont défavorables à l'anesthésie et peuvent même, dans certains cas, devenir de véritables contre-indications. Pour des raisons analogues, il est imprudent d'administrer les agents

anesthésiques, pendant le *travail de la digestion*. C'est encore en se basant sur les mêmes données qu'il faut éviter les *constrictions* exercées par les cols, le corset, les ceintures, les cordons de taille, etc., etc.

D. Maladies en général et états particuliers

(*Grossesse*, *Lactation*, *Menstruation*).

Les maladies des organes, autres que le système nerveux, les voies respiratoires et le cœur, les maladies générales, les maladies constitutionnelles, les intoxications chroniques, ne sont des contre-indications de l'anesthésie que dans les cas où elles ont des manifestations cérébro-spinales, cardio-vasculaires ou broncho-pulmonaires. Nous avons anesthésié avec succès, et sans l'ombre de danger, des rhumatisants, des goutteux, etc., etc.; après nous être assuré que les trois grands systèmes dont nous avons parlé étaient indemnes.

Il faut faire des réserves pour le *diabète*. Le Dr Laffont (loc. cit.) relate le cas d'un diabétique chez lequel la glycosurie augmentait considérablement après l'anesthésie proto-azotée.

Bien que l'*anémie*, lorsqu'elle est prononcée, prédispose aux syncopes et mérite, par suite, des précautions, nous avons constaté que les anémiques étaient beaucoup plus faciles à anesthésier que la moyenne des individus.

Ils s'endorment plus facilement, et, chez eux, la période d'anes thésie confirmée est plus profonde et plus longue. Toutes choses égales d'ailleurs, la période de dépression qui suit le réveil est plus marquée. Aussi, comme nous venonsde ledire, faut-il administrer, à ces malades, l'agent anesthésique avec plus de réserve.

La *grossesse*, la *période menstruelle*, la *lactation* sont-elles des contre-indications de l'anesthésie au protoxyde d'azote?

La question est discutée et mérite de l'être. Le Dr Laffont (loc. cit.) rapporte un cas d'avortement qu'il attribue à une anesthésie proto-azotée. La malade avait eu des contractures avant de *virer* et néanmoins l'on continua les inhalations *jusqu'à ce qu'elle fût bleue*.

Il y a lieu de se demander, en effet, si l'asphyxie évidente qui résulte d'un mode d'administration aussi vicieux du protoxyde d'azote ne peut retentir défavorablement sur l'utérus gravide et sur le fœtus et provoquer un avortement.

Les probabilités sont malheureusement en faveur de l'affirmative.

A propos de la lactation. on peut se demander si la pénétration d'une substance anesthésique dans le sang, n'aura pas d'influence sur le nourrisson et à propos de la menstruation, si la secousse produite par l'anesthésie ne déterminera pas quelques troubles profonds de la fonction menstruelle.

Ici encore, à notre avis, des considérations de différents ordres doivent entrer en ligne de compte et l'on ne peut établir de règle absolue.

La question d'utilité prime tout. Notre conduite habituelle est l'abstention dans ces différents états. Toutefois, dans des cas bien déterminés, et après avis préalable du médecin de la malade, nous avons, en maniant le protoxyde d'azote avec nos précautions constantes, pratiqué l'anesthésie pendant la grossesse, la lactation et la menstruation ; il n'en est jamais résulté le moindre inconvénient.

Pour conclure : *En règle générale un patient est apte à subir l'anesthésie au protoxyde d'azote, lorsqu'il n'est atteint d'aucune maladie grave du système nerveux, du cœur ou des poumons. Il est exposé à de sérieux dangers, lorsque l'un de ces organes est le siège de quelque importante lésion.*

Dans les maladies des autres organes et dans certains états particuliers qui prêtent à la discussion, l'avis d'un médecin éclairé est indispensable.

§ III

CONDITIONS RELATIVES A L'OPÉRATEUR

Nous supposons l'anesthésie confiée à des mains expérimentées et le malade apte à subir l'anesthésie et l'opération. Quelles sont les qualités nécessaires à l'opérateur dans la pratique dentaire pour que l'anesthésie ne soit pas inutile?

La compétence nécessaire nous fait défaut pour entrer dans les détails; mais ce que nous pouvons dire, c'est que l'opérateur doit être habile et habitué aux opérations pratiquées pendant l'anesthésie, en raison de la courte durée du sommeil.

Le sommeil anesthésique, loin de faciliter l'opération, la complique. Un opérateur inhabile ou inexpérimenté manquera toujours son opération.

Nous renvoyons pour l'exposé technique du manuel opératoire à l'intéressante communication faite à la dernière séance de la *Société d'odontologie*, par M. Viau.

CONCLUSION

Le protoxyde d'azote pur est un excellent anesthésique pour les opérations de courte durée et particulièrement pour les opérations dentaires.

L'anesthésie et l'opération réussissent toujours et sont dépourvues de danger :

1° *Lorsque l'anesthésiste manie le protoxyde d'azote méthodiquement et scientifiqnement, en ne poussant jamais les inhalations jusqu'à ce que le malade vire ;*

2° *Lorsque le patient ne présente aucune des maladies que nous avons énumérées et est par conséquent apte à l'anesthésie;*

3° *Lorsque l'opérateur est habile et habitué aux opérations qui se pratiquent pendant l'anesthésie;*

(*Il serait regrettable de se priver des bienfaits d'un agent aussi commode et aussi précieux que le protoxyde d'azote*).

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

(Séance du 20 octobre 1885)

DISCOURS DE M. POINSOT

Messieurs et chers Collègues,

Il est dans la tradition des sociétés scientifiques que le président, en souhaitant la bienvenue, passe une revue des travaux accomplis pendant l'année. Cette revue vous sera présentée par M. le secrétaire général dans son rapport annuel.

Ma tâche est plus limitée. Je me contenterai de signaler à votre attention un nouvel ordre de recherches pour nos études communes; ces questions importantes peuvent se formuler ainsi :

Quelle est, — dans l'appareil dentaire et les parties connexes, — l'action des poisons organiques qui résultent de la désassimilation des tissus ?

Quelles sont les manifestations dentaires et buccales des diathèses et des maladies générales ?

La science actuelle a révélé tout un ordre de phénomènes nouveaux consécutifs à l'inoculation des poisons organisés, — virus, micro-organismes. — Pourquoi ne lui apporterions-nous pas notre contingent en faisant des recherches sur les poisons que l'organisme fabrique lui-même, sur ceux qui résultent de la mortification partielle ou totale des organes dentaires. L'enquête sur les états généraux, sur le rôle qu'ils jouent comme cause déterminante ou aggravante des affections que nous avons à traiter, est non moins importante. Dans l'inoculation comme dans l'auto-infection, la marche des accidents est toute différente, selon que le malade est ou non sous l'influence de certains états pathologiques. A nous de contribuer à la détermination de plus en plus précise des influences réciproques dont nous constatons et combattons les effets.

Non seulement notre diagnostic et notre thérapeutique en seront influencés, mais nous pouvons encore rendre à nos ma-

lades de signalés services en les avertissant d'un péril qu'ils ne soupçonnaient pas, en leur indiquant la nécessité de l'intervention du médecin. Bien souvent notre seule récompense sera le sentiment du devoir accompli.

J'avais besoin de cet exposé, pour vous parler de la fréquence dans la bouche de dents mortes sans qu'elles se décèlent par des altérations extérieures, — telles que le changement de coloration; — tout au moins au début.

Et pourtant, il est de toute importance de connaître les modifications nécrosiques avant cette période avancée.

1° Pour intervenir du côté de l'organe lui-même et le conserver s'il est possible ;

2° Pour prévenir, ou plutôt combattre la maladie générale déterminante ;

3° Pour empêcher la résorption des poisons qui ont pris naissance dans l'organe mortifié.

Pour bien diagnostiquer une lésion dentaire, les connaissances hygiéniques et anatomo-pathologiques sont indispensables.

Le nettoyage de la bouche complet, minutieux, le nettoyage que beaucoup négligent, trouvent indigne d'eux, rend souvent plus de services qu'un long traitement, que la plus brillante opération. Il est le préambule de tout traitement.

C'est en l'exécutant qu'on remarque s'il y a anémie ou hyperhémie de la muqueuse buccale, qu'on étudie la composition des salives, qu'on découvre les altérations des tissus dentaires, etc., etc. : carie du collet, articulation vicieuse, éruption anormale des dents de sagesse.

Non ! le nettoyage n'est pas seulement nécessaire pour satisfaire la coquetterie, l'esthétique de la face, mais aussi le maintien des conditions absolument physiologiques.

L'examen doit donc porter sur la lésion locale, et sur l'état général dont elle est la manifestation, afin d'avertir qui de droit, de pouvoir prévenir, combattre en temps utile la maladie source du désordre.

On reconnaît aujourd'hui plus qu'hier ; on reconnaîtra demain plus qu'aujourd'hui cette vérité, que les dents, formées de tissus épithéliaux, au même titre que la peau, les ongles, les cheveux, sont les premières atteintes dans nombre d'affections graves.

La multiplicité des maladies non encore déclarées et reconnues par le dentiste est considérable, depuis la gastrite simple jusqu'au diabète et l'albuminurie.

Je vous citerai quelques exemples à l'appui de la corrélation que je vous signale. Un de vos confrères annonçait à un médecin des hôpitaux, qu'une de ses clientes était sous le coup d'une diathèse. Dix-huit mois après, on constatait une néphrite parenchymateuse.

Je pourrais encore vous citer un savant professeur de l'École de Médecine qui affirmait que, pour le diabète, il avait été très fréquemment consulté sur l'avis donné par des dentistes, alors que

les médecins des familles n'avaient aucun soupçon de cette redoutable affection.

Vous connaissez tous mes idées au sujet de l'action de l'acide urique sur le système dentaire. Vous savez également combien les dents sont frappées, lors de la formation et de la croissance de certains enfants. Les défectuosités dans la texture des tissus dentaires, les calcifications incomplètes, les lacunes de l'émail, l'érosion, sont des fois la conséquence ultime d'une maladie de quelques jours, d'un ralentissement passager dans la nutrition.

Or, les dents chez l'adulte, — quoique la circulation soit moins active que chez l'enfant,— n'en reçoivent pas moins des impressions manifestes, rapides, de la diminution de vitalité. C'est pourquoi chez les dégénérés, chez les mélancoliques, nous observons des désordres manifestes dans la cavité buccale. Ces désordres, légers d'abord, s'accentuent de plus en plus, et finissent par prendre des caractères de la plus grande gravité.

En résumé, le dentiste peut le plus souvent indiquer lorsque les désordres dentaires et buccaux sont sous la dépendance d'un état général.

Au début, le médecin pourra nous prendre pour des visionnaires; plus tard, il nous rendra justice. A une période plus avancée, la constatation sera plus facile, et enfin, à la période ultime, le médecin peut se passer de nos moyens de diagnostic; mais toujours, à n'importe quel degré de l'affection, vous pourrez reconnaître qu'il existe une corrélation entre les altérations du système dentaire et les troubles de la nutrition.

Cette deuxième considération doit nous attacher davantage à notre profession, en raison des services que nous devons rendre.

3° Enfin, pour prévenir l'absorption par l'organisme de poisons organiques d'une grande puissance.

A l'état de santé, la pulpe dentaire et le ligament fournissent chacun leur apport nutritif : l'une nourrissant la partie interne, et l'autre la partie externe de la dent ; il en résulte une double source pour l'entretien de l'organe; mais cette condition favorable de conservation diminue avec la dénutrition générale, il arrive même que pour cette cause, nous constatons la mortification des dents, et plus particulièrement de celles dont la force de résistance naturelle est plus faible. Si nous établissions un ordre, nous indiquerions les incisives inférieures, puis les supérieures comme étant celles qui sont le plus souvent atteintes.

Puis viennent les petites molaires supérieures, ensuite les inférieures, les dents de sagesse; puis les grosses molaires inférieures et supérieures, et enfin les canines supérieures et inférieures.

Prenons, par exemple, une incisive latérale inférieure, c'est en effet la dent qui est frappée le plus souvent. On constate d'abord une altération dans sa couleur naturelle; si la cause a été un choc, un traumatisme quelconque, la décoloration sera plus tranchée que lorsqu'on se trouvera en présence d'un coup de froid : boissons

glacées ou un changement orusque de température dans la cavité buccale, ayant atteint plusieurs dents à la fois.

Mais, lorsque la cause est d'ordre général, elle atteint toutes les dents à faible résistance, et cependant les autres dents sont frappées, et leur décoloration générale offre peu de brusques transitions, comme dans les cas précédents. L'incisive se décolore lentement ou plus rapidement en raison de la violence, de l'intensité de la maladie déterminante; la dent, en perdant sa couleur physiologique, prend parfois une couleur rosée, puis rouge brique, cela dans des délais variables, souvent la coloration brune suit et est elle même remplacée par une teinte gris-noir.

La couleur rosée des dents s'observe souvent, après un coup de froid, après un traumatisme, après une poussée d'arthritisme dans la malaria et dans beaucoup de fièvres paludéennes.

Bien des dents de cholériques, que nous avons observées, possédaient les teintes se rapprochant de la couleur rouge brique, surtout si le cas était grave, tandis que parfois ces mêmes dents, après avoir possédé cette teinte, viraient au gris-noir, lorsque la maladie se prolongeait. Après les maladies cérébrales, on observe très souvent la mortification de la pulpe, notamment chez les mélancoliques. Chez les femmes atteintes de grossesses pénibles, répétées et rapprochées, on constate le même phénomène.

Dans ces cas, comme aussi dans la phthisie pulmonaire, les troubles de la nutrition sont seuls causes des accidents ultérieurs.

On ne peut se figurer le danger qui existe pour la personne possédant une dent morte dans sa bouche; en effet, la décomposition de la pulpe dentaire se produit très lentement; il s'y établit une sorte de tolérance, après une ou plusieurs périodes d'irritation et d'inflammation, et cet état de chose quasi satisfaisant peut se prolonger pendant de longues années.

Mais qu'il survienne un choc, un coup de froid, qu'une usure mécanique vienne à se produire et permette l'introduction de l'air dans ce milieu pathogéniquement préparé. nous assisterons à des phénomènes pouvant atteindre un caractère d'immense gravité.

Vous n'ignorez pas, Messieurs, les résultats désastreux qu'on fait naître par une trépanation conduite en dehors de certaines règles indiquées par notre thérapeutique spéciale.

Ces ferments, contenus dans les dents mortes, sont doués d'une puissance toxique considérable.

Voici pourquoi :

Une dent est constituée par les tissus les plus durs, les plus résistants de l'économie, elle peut contenir et conserver les parties en décomposition et permettre à celles-ci d'acquérir le degré maxima de la virulence.

C'est, du reste, la seule interprétation qu'on puisse donner aux accidents pathologiques graves qu'il nous a été donné d'observer.

Un fait digne de remarque, c'est que ces accidents sont en rapport parfait avec la longueur des racines des dents atteintes.

Plus une dent morte pénètre profondément dans les maxillaires, plus les désordres auront de retentissement sur la santé générale, plus grand sera son rayonnement sur d'autres points de l'organisme. Je pourrais vous citer des cas nombreux où des santés ont été rétablies, où des croissances de jeunes enfants arrêtées, ont pu continuer après disparition de la cause, soit une dent morte.

Vous savez l'histoire de l'éléphant dont nous possédons une défense dans notre musée; cet éléphant dépérissait de jour en jour, lorsque enfin il arriva qu'une nuit cette défense tomba d'elle-même, par son propre poids; depuis, ce favori du roi de l'Annam se porte merveilleusement bien.

Je termine en vous priant de vouloir bien prendre en sérieuse considération l'appel que je fais.

Nous n'avons qu'à passer en revue les accidents pathologiques connus, depuis l'ostéite du maxillaire jusqu'à sa nécrose; les douleurs névralgiques d'origine dentaire allant atteindre les oreilles, les yeux, retentir sur le cerveau, pour affermir notre conviction que le dernier mot n'a pas été dit sur les surprises que cette étude nous ménage.

Par intuition, si vous le voulez, j'ai la conviction que les fistules, les suppurations de toutes sortes,se mêlant dans la bouche au bol alimentaire, avec ces auto-inoculations profondes des pulpes mortifiées, doivent être les principales causes de beaucoup d'états cachectiques extrêmes qui font le désespoir de bien des médecins.

La Société d'Odontologie fera bien d'étudier ces questions capitales. Vous penserez comme moi qu'il y a là une mine féconde d'observations et de découvertes. C'est en nous élevant toujours que nous imposerons à tous l'estime et le respect de notre art, pour le plus grand bien de ceux qui l'exercent.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS.

Séance du 20 octobre 1885.

Présidence de M. POINSOT

Le président prononce l'allocution que nous reproduisons dans le corps du journal.

M. Heidé a la parole sur la méthode Herbst; à la suite de l'exposition que nous publions plus haut, il exécute devant l'assemblée l'aurification d'une carie proximale d'une petite mo-

laire avec reconstitution. Cette aurification assez volumineuse est exécutée en 35 minutes. L'aurification terminée est sérieusement éprouvée par plusieurs membres de l'assistance. Sa densité et sa résistance sont unanimement reconnues.

M. le président. Nous ne pouvons que remercier M. Heidé de l'excellente démonstration que nous venons d'entendre et de voir. Le voyage du représentant de l'École Dentaire de Paris sera profitable à tous les dentistes français et c'est en leur nom que je félicite celui qui l'a entrepris. (*Applaudissements*).

M. Pillette présente à l'assemblée plusieurs spécimens d'appareils en aluminium coulé, un obturateur, un redressement; leur légèreté et leur résistance sont constatées, et on reconnait que pour des cas semblables l'aluminium n'a pas d'égal.

Le secrétaire-général,

G. Blocman.

REVUE DE L'ETRANGER

Association dentaire américaine. — Vingt-cinquième session annuelle. — Résumé et traduction par le Dr H. Sicard.

La vingt-cinquième réunion annuelle de l'*Association Dentaire Américaine*, qui a eu lieu au Curtiss Hall, Minneapolis, Minnesota, et qui a commencé le mardi 4 août 1885, a été une des mieux réussies, à n'importe quel point de vue où l'on se place. Le nombre des assistants n'a été égalé qu'une seule fois ; les personnes présentes étaient du plus haut caractère ; enfin, et cela n'est pas le moindre, les mémoires présentés, presque sans exception, étaient dignes d'être lus devant la plus haute assemblée des dentistes. Plus de deux cents dentistes assistaient à cette réunion, venus de tous les points des Etats-Unis.

PREMIER JOUR. — *Session du matin.*

Cette session a été destinée à la lecture des noms des dentistes appartenant à l'association et morts pendant l'année ; ce sont les Drs Isaiah Forbes de St-Louis et J. G. Ambler de New-York. Le comité fut aussi prié d'inscrire une minute à propos de la mort du Gén. Grant.

Session du soir.

Le Dr Peirce, membre du comité chargé d'examiner les essais volontaires, rapporte que le comité a examiné trois ouvrages : *La Pyorrhée alvéolaire* : *la Greffe éponge*, par W. H. Alkinson ; *La*

Membrane alvéolo-dentaire, est-elle unique ou double par le Dr L. C. Ingersoll ; *L'Opération sans douleur*, par le Dr J. A. Robinson.

Alors le Dr Barrett lit son travail sur les *Phosphates terreux*. L'administration des phophates terreux aux femmes enceintes et aux jeunes enfants a été, pour beaucoup de dentistes intelligents, un traitement prophylactique favori. La théorie sur laquelle ce système fut fondé est: que des dents cariées ou défectueuses doivent leur condition à des troubles trophiques et qu'il ne faut que fournir les éléments absents pour produire des dentitions parfaites.

La théorie est très admissible, et elle donne aux praticiens crédules une excellente occasion d'accroître l'étonnant processus de la gestation, et la double fonction très intéressante de la mère en espérance, dont l'appareil digestif doit fournir, non seulement le pabulum destiné à soutenir son propre être physique durant une période difficile, mais aussi la substance pour le fœtus mâle ou femelle qu'elle porte dans son sein. Si ses dents se cariaient durant la période de gestation, par suite d'une négligence très commune dans un semblable moment, ou par les besoins impérieux du fruit croissant de son utérus, qui ne trouvait pas dans le sang les éléments dont elle avait besoin pour le nourrir, on supposait une soustraction sur son propre système osseux. Si on trouvait ses dents ramollies, c'était parce que leur caractère avait changé, et que les sels de chaux de leur structure cristalline avaient été enlevés pour construire le jeune enfant. Une évidence corroborative ne manquait pas, lorsqu'on y regardait avec un jugement préconçu, et des dentistes avaient beaucoup de faits à relater pour constater les changements les plus prodigieux dans le développement dentaire des enfants soumis à l'administration judicieuse du lactophospate de chaux aux mères durant la grossesse. On cita des exemples dans lesquels de semblables résultats paraissaient vrais, tandis que ceux où l'on ne constatait aucun résultat n'étaient pas compris dans la catégorie ou étaient attribués à un manque de bonne volonté à suivre la prescription. Nous croyons ce que nous voulons croire, et il est facile de trouver une apparence confirmative apparente pour soutenir le plus absurde des postulats lorsque l'on est déterminé à le faire.

Il n'y a probablement personne ayant prescrit les phosphates terreux pour une condition dystrophique supposée, qui ne voudra pas, si sa mémoire est raffraichie et ses données parfaites, se rappeler beaucoup d'insuccès. S'il avait tracé l'histoire consécutive des enfants nés de mères qui durant la grossesse furent soumises au traitement phosphaté, il en aurait trouvé probablement autant avec des dents mauvaises, que de ceux qui sont nés sous d'autres conditions. De bonne heure, dans ma propre histoire professionnelle j'ai fait de nombreux essais avec les différentes préparations. L'un des premiers fut le cas d'une dame enceinte de son second enfant, le premier ayant une dentition déplorable. Les résultats apparents furent étonnants. Non seulement la gestation fut plus agréable et

facile que la première, mais la dentition de son enfant eut lieu presque sans les troubles fébriles usuels, et les dents de l'enfant, jusqu'au moment où je l'ai perdu de vue à cause de l'éloignement des parents, présentait un contraste frappant avec celles de son frère aîné. Ce cas m'aurait peut être confirmé dans l'emploi du phosphate, si en même temps je n'avais pas eu des expériences contradictoires. Dans un cas remarquable, celui d'une dame enceinte de son cinquième enfant, je la persuadais de faire usage de mon remède alors favori. Tous les autres enfants avaient des dents excellentes, leur dentition étant bien au-dessus de la moyenne. Il n'y avait aucune raison particulière pour la soumettre à un traitement prophylactique, si ce n'est que je m'imaginais voir des effets désastreux menacer ses dents, que je présumais être dans une condition de mollesse anormale, et parce que à ce moment je poussais cette investigation avec le ferme espoir que j'étais tombé sur un moyen qui pouvait assurer une parfaite dentition à tous les enfants. J'eus alors l'antithèse directe du cas cité en premier. L'enfant eut toute sorte de difficultés à faire ses dents, et lorsqu'elles furent poussées je vis, à ma confusion, que la seule réellement mauvaise dentition de la famille était celle de cet enfant.

De toutes les femmes que j'ai soumises à ce traitement, il n'y en eut pas une seule chez qui le succès que j'avais eu chez la première dame fut répété. Ce cas fut sans doute accidentel, et les résultats furent dus à quelque chose en dehors du traitement par le phosphate de chaux. L'expérience seule me conduisit à abandonner entièrement ce traitement, et lorsque plus tard je fis une étude plus approfondie de la physiologie de la nutrition, je fus confirmé dans mon scepticisme à l'égard de l'utilité d'administrer les phosphates aux femmes enceintes, ou même de recommander empiriquement des aliments riches en matériaux terreux. Les faits sont contre.

Il y a quelques années il était commun d'entendre dénoncer l'usage de farine fine, de laquelle on prétendait que le meunier avait enlevé tous les éléments pouvant servir à la construction du système osseux. Des ouvrages élaborés ont été lus devant cette association, dans lesquels on démontrait, à la satisfaction de l'expérimentateur vraiment intelligent et honnête, que la carie des dents, que l'on supposait être une maladie moderne, était due au manque de phosphates dans la farine fine qui formait le principal article d'alimentation.

Depuis lors, on a fait le compte du montant de la matière servant à former les os que l'on trouve dans la plus fine farine de froment, et du montant dont ont besoin et la mère et le fœtus durant la gestation ; il a été alors démontré que si elle se nourrissait entièrement de cet article de nourriture, il y aurait encore un excédent des sels de chaux. Il est un fait que pendant la grossesse il y a presque partout une élimination continuelle de ces principes, que l'on retrouve facilement dans les excrétions. Toute femme enceinte qui suit presque n'importe quel régime capable de sou-

tenir la vie, trouvera, si ces organes sont dans une bonne condition, plus qu'il ne faut de ces éléments pour maintenir le système dans un état convenable. On se rappellera que les changements dans les os et les dents sont moindres que dans les autres tissus du corps, parce qu'ils sont moins permanents quant à leur structure essentielle et leur caractère. C'est principalement le cas pour les dents, dans lesquelles les changements trophiques sont certainement très limités. Qu'il existe une dystrophie telle qu'elle affectera matériellement ces organes, personne ne le niera; mais le processus ne pourra être que lent, et les changements ne se manifesteront pas de bonne heure.

Maintenant laissez-moi vous exposer en détail quelques-unes des raisons physiologiques pour lesquelles l'administration des phosphates terreux comme alimentation peut être un traitement erroné, et pourquoi, à mon avis, il est basé sur des vues erronées d'assimilation.

A l'origine, tout pabulum doit provenir de la terre. C'est la source primitive de toute matière nutritive. Mais il n'y a ni ordre ni classe dans le règne animal qui puisse l'élaborer. Il n'existe aucun organisme animal qui puisse directement puiser sa nourriture dans une matière terreuse. Cette fonction appartient seule au règne végétal. Les animaux ne sont pas des organisateurs primaux. Ils ne peuvent digérer des matières inorganiques, il leur faut pour se nourrir, des structures organisées. L'étude de la physiologie végétale montre que les végétaux seuls sont capables de s'assimiler une matière inorganique, et avec des matières terreuses de se former un tissu qui servira d'aliment aux êtres d'un ordre plus élevé. Lorsque la matière a été une fois organisée dans les produits végétaux, elle peut servir de nourriture aux animaux.

Quelques êtres appartenant au règne animal subsistent d'une matière qui est, sauf une, enlevée à la série inorganique. A cette classe appartiennent les graminivores.

D'autres animaux demandent à ce que leur nourriture ait été deux fois organisée : premièrement, qu'elle passe de la terre à une forme végétale, et de plus qu'elle soit organisée par un animal en une forme plus élevée. A cette classe appartiennent les carnivores, qui ne peuvent digérer ou s'assimiler des organismes végétaux qu'à condition que ceux-ci aient été réorganisés en animal. D'autres sont omnivores, et leur appareil digestif préparera une matière nutritive qui n'a été organisée qu'une seule fois en vie végétale, ou qui a été organisée de nouveau en animal. A cette classe appartient l'homme. Mais ni celui-ci, ni les graminivores ne peuvent se servir comme nourriture de matière inorganique, pas plus que les carnivores ne le peuvent. Il s'ensuit alors que, si de la matière inorganique est introduite dans un organisme animal, elle est entièrement étrangère, et doit être éliminée sans avoir subi de transformation. Si elle reste dans le système, elle est essentiellement et ne sera jamais qu'une substance étrangère, un irritant, qui, s'il n'est promptement rejeté, produira des

troubles intestinaux d'une nature plus ou moins grave. Toute matière inorganique alors est étrangère pour le système animal, et en tant qu'il s'agit de nutrition, elle est non seulement tout à fait inutile, mais absolument malfaisante.

Il est vrai que certaines classes d'animaux sans dents, et qui sont pourvus d'un proventricule, avalent des corps cristallisés inorganiques, mais ceux-ci ne servent que dans un but mécanique, en aidant à triturer la nourriture, et servant ainsi accidentellement de dents. Les petites pierres dans le gésier du poulet sont des corps étrangers, qui ne jouent aucun rôle dans l'assimilation.

Quelques-uns des principes immédiats des corps des animaux sont composés ordinairement de matière inorganique, mais ils n'existent jamais comme des substances simples, à moins que ce ne soit dans le cas du fer dans le sang, s'il est un principe immédiat. Celui-ci n'existe que sous forme de solution, maintenu dans le sang par les autres constituants, et il n'est pas assimilé directement. Le calcium des os et des dents existe en combinaison avec d'autres substances, et il n'est jamais assimilé directement, il est seulement élaboré, et la combinaison se fait dans le système. Le carbonate de chaux et le phosphate de magnésie ne sont pas absorbés tels quels, mais le carbone, le phosphore, le calcium et l'oxygène sont élaborés dans l'organisme, et leur union chimique s'effectue lorsqu'ils se sont déposés dans les tissus. La construction de notre maison animale ne peut avoir lieu en nous nourrissant de briques et de mortier.

La matière brute doit être fournie par d'autres composés, qu'il est de la fonction de l'appareil digestif de désorganiser, de séparer en leurs éléments constituants, et de recombiner pour former les tissus. Chaque parcelle de principe de tissu doit être élaborée dans le corps, et construite, non de composés, mais d'éléments simples. Si le carbonate de chaux est nécessaire aux dents, il est inutile de se nourrir de coquilles d'huîtres.

Le système n'absorbera pas le carbonate de chaux, mais il élaborera la matière du calcium, du carbone et de l'oxygène qu'il tire de la nourriture, et il n'obtiendra son carbonate de chaux d'aucune autre façon.

C'est la même chose pour les phosphates, et de là l'inutilité de donner aucune préparation de cette matière qui ne peut servir de pabulum. Le processus de la nutrition est si complet et parfait dans l'organisme sain, et les éléments sont pourvus de toute matière organique si universellement et admirablement, qu'une parfaite digestion trouvera dans n'importe quelle matière alimentaire assez des divers ingrédients pour élaborer un pabulum convenable pour tous les tissus. Si ce n'était pas le cas, il serait impossible aux différentes races d'exister sous toutes les conditions diverses dans lesquelles elles doivent vivre.

L'habitant des régions hyperboréennes du Nord, où la vie végétale existe à peine, doit se nourrir presque exclusivement d'a-

nimaux. Mais tout son système est aussi bien nourri que celui de l'habitant omnivore des régions tempérées. Il y en a qui vivent exclusivement de végétaux, et aucun de leurs tissus ne sont languissants. Des gens ont vécu entièrement de fruits, et cependant chaque organe était parfait, à cause de cette diffusion universelle des éléments nutritifs. Les substances simples dont se compose le corps sont comparativement peu nombreuses, et on les trouve partout.

S'il en était autrement, — le cas où l'organisme est incapable d'élaborer ses composés des substances élémentaires ; fasse-t-on que le carbonate de chaux et le fluorure de calcium ainsi que tous les composés soient fournis tels qu'ils existent, — on peut voir facilement que les animaux ne pourraient subsister avec un régime simple.

Il serait nécessaire de fournir des aliments tels qu'ils contiendraient exactement les composés nécessaires, et ceci, sauf dans des conditions les plus favorables, serait impossible. De là, une très petite portion de la surface de la terre serait habitable, et la plupart des ordres d'animaux s'éteindraient dans l'impossibilité où ils seraient d'obtenir le composé exact nécessaire pour une nutrition si complexe.

Les lois qui gouvernent notre existence sont simples, si nous voulions les étudier intelligemment. La vie animale peut subsister avec presque toute sorte de matière organique, non absolument empoisonnée, et le corps peut cependant être bien nourri.

La matière organique cependant joue un rôle important dans l'économie humaine, mais l'homme est le seul animal qui en fasse un usage quelque peu étendu. Beaucoup de matières inorganiques agissent comme des irritants ou des excitants spéciaux sur des organes définis. Leur présence dans le système peut amener certains changements structuraux ou fonctionnels, et ainsi, dans des conditions anormales, ils peuvent jouer un rôle important. Lorsqu'on les administre dans ce but, nous les appelons des remèdes, et l'homme est le seul qui les emploie.

Notre pharmacopée médicale est largement formée de la matière inorganique, que l'on administre dans le but d'amener certains changements pour en rectifier d'autres, résultant de conditions dystrophiques. Si la fonction de l'intestin est arrêtée par la présence d'une matière non nutritive ou indigeste, un remède inorganique peut par sa présence amener des mouvements péristaltiques assez violents pour chasser la matière qui produit l'obstruction.

Des effets altératifs suivent l'ingestion de quelques substances inorganiques, mais on devra toujours se rappeler qu'une semblable matière est étrangère à l'organisme, et est toujours expulsée à la plus prompte occasion. Elle ne prend aucune part à la nutrition et n'est jamais formée en tissus. Je crois que c'est une règle générale en physiologie que la matière organique introduite du

dehors est toujours étrangère au système, et qu'elle est toujours éliminée aussi tôt que possible.

Il doit s'en suivre alors, que l'administration des phosphates terreux, substance inorganique, dans un but de nutrition est toujours une erreur. S'ils agissent, ce ne peut être que comme remède, et si on doit les employer ainsi, ils seront prescrits avec intelligence, comme tout autre agent, et seulement à cause de leurs propriétés médicales. Je n'ai aucune connaissance qu'ils aient quelques vertus médicinales décisives, et, pour cela, je ne vois aucune excuse de prescrire de semblables composés inertes.

On ouvre alors la discussion sur la section VII.

(A suivre.)

Des difficultés provenant de la maison à qui nous avions confié l'impression de « l'Odontologie », ont retardé la date de la publication de notre numéro de novembre.

Des fautes d'impression, transpositions et coquilles, ont altéré nos textes, notamment l'article : « Un Scandale » que nous reproduisons tel qu'il a été écrit.

UN SCANDALE

Les faits qu'on nous signale sont trop graves, pour la dignité professionnelle, pour l'honneur des écoles dentaires françaises, pour que nous hésitions à fournir à nos concurrents l'occasion d'une réponse nette et précise à leur égard.

Est-il vrai que M. X..., dentiste, dans une grande ville d'Alsace-Lorraine, ait obtenu le diplôme de l'*Ecole dentaire de France* dans les conditions suivantes :

M. X... s'était fait inscrire régulièrement comme élève de 2e année à l'*Ecole dentaire de Paris,* le 15 septembre 1884, pour l'année scolaire 1884-1885. Conformément au règlement, il se présenta à l'examen, à la session d'octobre 1885, et malheureusement pour lui, il échoua à l'une des épreuves pratiques ; en conséquence, il lui fut annoncé qu'il était renvoyé à une autre session. Ce contre-temps fâcheux n'était pas dans ses prévisions, car il avait annoncé dans la ville où il exerce, son prochain succès; cependant, reconnaissant son insuffisance, il était résolu à travailler à nouveau pour se représenter à la prochaine session. Un fournisseur de Paris, à qui il conta sa déconvenue et son ressentiment de

candidat malheureux, lui apprit que, partout, on n'était pas aussi rigide, et qu'avec certains examinateurs *il était des accomodements*, et se chargea de lui servir d'intermédiaire. Effectivement, on lui ménagea une entrevue avec le directeur de l'Ecole, qui a son siège, rue de l'Abbaye, 3, à la suite de laquelle M. X..., rassuré, exécutait une opération à son choix, répondait à une question dont on lui avait fait connaître le sujet à l'avance, et radieux, triomphant, il payait la somme convenue et retournait auprès de ses compatriotes avec un diplôme de *l'Ecole dentaire de France*, qu'il avait bien gagné ! ! !

Voilà les faits tels qu'ils nous sont rapportés, sont-ils exacts? Une enquête est nécessaire ; le corps enseignant de l'Ecole, que nous venons de désigner, y est non moins intéressé que nous. Nous espérons encore, malgré les renseignements que nous possédons, pour l'honneur de notre profession, que ces faits pourront être démentis et qu'il n'y a pas à Paris, une Ecole dentaire distribuant, après des examens illusoires, des diplômes à prix d'argent.

Charles Godon.
Secrétaire général de l'Ecole dentaire de Paris et de l'Association générale des dentistes de France.

A la dernière heure, on nous adresse la lettre suivante, que nous sommes heureux de publier. Si M. Brasseur avait voulu la faire plus complète, nous l'aurions accueillie de même.

Si pour l'avenir, notre contradicteur pense que la publicité de son journal n'est pas suffisante, s'il veut éclaircir ce qu'il laisse aujourd'hui dans l'ombre, nous serons heureux de lui offrir une tribune d'où il sera mieux entendu.

N. D. L. R.

Paris, le 12 décembre 1885.

Monsieur le Rédacteur en chef du journal « l'Odontologie ».

Monsieur,

Si l'auteur de l'article publié dans « l'Odontologie », en novembre dernier, et intitulé : « Un Scandale », avait cherché à se mieux renseigner, il aurait évité d'émettre une calomnie justiciable des tribunaux.

Mais, il est des injures gratuites qu'il vaut mieux ne pas avoir

l'air d'entendre que de les relever, et celles-ci étant de ce nombre, nous n'y répondrons pas autrement.

Recevez, Monsieur le rédacteur, l'expression de mes sentiments distingués.

E. Brasseur, M.-D., *directeur de l'Ecole dentaire de France.*

En publiant l'article dont il est question, nous n'avons ni calomnié ni injurié, nous avons simplement signalé des faits, en demandant s'ils étaient exacts; la lettre qu'on nous adresse ne peut être considérée, ni par le public professionnel, ni par nous, comme une réponse suffisante.

Nous avions réclamé une enquête. Elle ne nous paraît que plus nécessaire. Qu'on la confie à un jury spécial, choisi dans le monde professionnel ou médical, peu nous importe; mais nous tenons à ce que la lumière soit faite.

Cependant, un fait est déjà acquis :

M. X., dentiste d'une ville d'Alsace-Lorraine (1), inscrit régulièrement à l'Ecole dentaire de Paris comme élève de 2e année, ayant échoué aux épreuves pratiques de l'examen général de la session d'octobre, a obtenu quelques jours après le diplôme de l'Ecole dentaire de France, comme le constate la liste des diplômes publiée dans le n° de novembre de la « Revue odontologique ».

C. Godon.

BIBLIOGRAPHIE

MONOGRAPHIE PROFESSIONNELLE

Cette semaine a paru à la librairie Berger-Levrault le premier volume d'un important ouvrage intitulé : « Monographie professionnelle », et dont l'auteur est M. J. Barberet, chef du bureau des Sociétés professionnelles au ministère de l'intérieur.

Nous avons eu sous les yeux les épreuves de la « Monographie de l'art dentaire », et nous pouvons dire que l'étude est complète.

Au surplus, dans une note qui sera placée en tête du volume, voici comment l'auteur présente son travail :

« Il y a vingt ans que nous avons conçu le plan de l'ouvrage dont nous commençons la publication. Dans notre pensée, il s'agissait de refaire, pour notre époque, une sorte de « Livre des Métiers », en

(1) Pour rassurer la légitime susceptibilité d'un de nos confrères, nous pouvons dire que ce n'est pas de Colmar que nous voulons parler.

tenant compte du passé dans une certaine mesure, mais en s'appuyant surtout sur le présent, en analysant l'actualité.

Nous croyons qu'il serait injuste de négliger l'œuvre de nos devanciers qu'il serait ingrat de ne pas mentionner leurs efforts sur le terrain, du progrès industriel, commercial, économique et social, mais nous estimons, en même temps, que nos données doivent porter principalement sur ce qui a lieu de nos jours. Les faits rétrospectifs offrent un intérêt purement moral, tandis que ceux d'aujourd'hui touchent le côté immédiat, c'est-à-dire matériel, et ils préparent la voie qui sera pratiquée par la nouvelle génération.

Nos monographies comprendront environ 250 professions-mères, avec leurs spécialités ou branches professionnelles. Pendant dix ans consécutifs nous avons traité chaque jour les questions de travail dans les journaux quotidiens. Cette situation nous a permis d'examiner de près ces questions intéressantes et de recueillir de nombreux documents y relatifs. Nous avons pris sur le vif la plupart de nos études, soit en assistant aux assemblées corporatives, soit en allant dans les ateliers, pour nous rendre compte *de visu*, de la manière de travailler et de tout ce qui pouvait compléter nos renseignements.

Pour le classement des professions, l'ordre alphabétiques nous a paru préférable, et nous l'avons adopté. L'ensemble de l'ouvrage formera à peu près dix volumes de 500 pages chacun. Les professions de la lettre A, comprises dans ce volume, sont celles des apprêteurs d'étofles, apprêteurs de pelleteries pour fourrures, arquebusiers-armuriers, artistes dentaires et artistes musiciens-instrumentistes. Ce premier volume est complété par cinq monographies de la lettre B. Ce sont celles des balanciers, bijoutiers, blanchisseurs, bouchers et boulangers.

Pour rendre moins aride la lecture des détails techniques de nos études professionnelles, nous les avons entrecoupés de récits historiques et anecdotiques. Nous avons fait, en un mot, tout notre possible pour attacher le lectenr au sujet que nous lui présentons. »

J. B.

Nous attendons que le volume annoncé ait paru pour l'apprécier comme il convient.

TABLE DES MATIÈRES

Pour l'année 1885

JANVIER

FÉVRIER

MARS

AVRIL

MAI

JUIN

JUILLET

AOUT

SEPTEMBRE

OCTOBRE

NOVEMBRE

DÉCEMBRE

TABLE MÉTHODIQUE

DES MATIÈRES

TRAVAUX ORIGINAUX

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

SOCIÉTÉS SAVANTES

REVUE DES JOURNAUX — REVUE DE L'ETRANGER

BIBLIOGRAPHIE

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

CHRONIQUE, AFFAIRES, SOCIÉTÉS PROFESSIONNELLES

Un concours pour trois postes de professeurs suppléants à l'Ecole Dentaire de Paris aura lieu le Dimanche 28 Février 1886 et jours suivants.

Un concours pour trois postes de chefs de clinique à l'Ecole Dentaire de Paris aura lieu le Dimanche 14 Mars 1886. Nous publierons les conditions de ces concours au N° de Janvier 1886.
